

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 386

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie VAILLANT

Né le 25 juillet 1927 à PARIS (14e)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1963

RECONSTRUCTION TOTALE DU PAVILLON
DE L'OREILLE

Président :

Mr Michel DECHAUME

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie VAILLANT

Né le 25 juillet 1927 à PARIS (14e)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

RECONSTRUCTION TOTALE DU PAVILLON
DE L'OREILLE

Président :

Mr Michel DECHAUME

Professeur



EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	OLIVIER (Cl.)
Cochin	FÈVRE (M.)
Hôtel-Dieu	
Pitié	
Saint-Antoine	
Salpêtrière	
Tenon	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales	BOUCICAUT
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	LENÈGRE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BARIÉTY (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	SÈZE (S. de)
Cliniques obstétricales	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEBRAY (C.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	GENNES (L. de)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DEROT (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DAVID (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MERGER (R.)
Clinique stomatologique (Pitié)	VARANGOT (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	RENARD (G.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	AUBRY (M.)
Clinique toxicologique	LELONG (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MARIE (J.)
Séméiologie médicale	BERNARD (E.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	MICHAUX (L.)
Clinique urologique (Necker)	OOSTE (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DECHAUME (M.)
	ROUX (M.)
	LEMAIRE (A.)
	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (M ^{lre} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.)
Bactériologie	pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COLWARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{lre} L.) SAPIN-JALGUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVEY (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.)
Ophthalmologie	DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) GOBLINTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERQ (G.) MANDE (R.) NOZICONACI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	LAUNAY (C.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse à tous ceux qui me sont chers.

A la mémoire de ma mère,

A mon Père,

A ma Femme, Interne des Hôpitaux de Paris

A mes Fils

A tous mes Amis.

Je dédie cette thèse à Monsieur le Professeur
Michel DECHAUME, qui m'a fait le grand honneur
d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de
mes sentiments très respectueux et très recon-
naissants.

Je dédie au Docteur Claude DUFOURMENTEL
cette thèse inspirée par lui, et lui témoigne ma
profonde reconnaissance pour tout ce qu'il m'a
appris.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

Maîtres de Stage :

Monsieur le Professeur Camille LIAN
Monsieur le Professeur FUNCK BRENTANO
Monsieur le Professeur GILBERT DREYFUS
Monsieur le Professeur LEIBOVICI
Monsieur le Professeur TURPIN

Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur André MEYER
Monsieur le Docteur Jean PARAF
Monsieur le Docteur Lucien LEBOURG
Monsieur le Docteur WESSMANN-NETTER
Monsieur le Professeur de SEZE
Monsieur le Professeur DUPERRAT

Maîtres d'Internat

Professeur AUBRY,
Docteur LEROUX-ROBERT
Docteur Jean MEILLERE
Professeur Agrégé DEBAIN
Docteur Cl. DUFOURMENTEL
Docteur MOREL-FATIO
Professeur REDON.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux,

Monsieur le Professeur Agrégé CHAPUT
Monsieur le Professeur Agrégé CERNEA
Monsieur le Professeur Agrégé GRELLET
Monsieur le Professeur Agrégé CREPY
Monsieur le Docteur BATAILLE
Monsieur le Docteur BENOIST
Monsieur le Docteur CAUHEPE
Monsieur le Docteur DESCROZAILLES
Monsieur le Docteur FRIEZ
Monsieur le Docteur GARLOPEAU
Monsieur le Docteur GRIGNON
Monsieur le Docteur HENNION
Monsieur le Docteur LAMBERT
Monsieur le Docteur LATTES
Monsieur le Docteur LEBOURG
Monsieur le Docteur MARC
Monsieur le Docteur PAPILLON-LEAGE
Monsieur le Docteur MARIE
Monsieur le Docteur MUGNIER
Monsieur le Docteur THIBAUT
Monsieur le Docteur VILENSKI
Monsieur le Docteur VRASSE

Monsieur le Docteur CHICKHANI
Monsieur le Docteur NETTER
Monsieur le Docteur ILOVICI
Monsieur le Professeur PIALOUX
Monsieur le Docteur JOST
Monsieur le Docteur Paul PONCET
Monsieur le Docteur Robert AUROUSSEAU
Monsieur le Docteur SIARDET
Monsieur le Docteur MOULY
Monsieur le Docteur Jacques PREAUX
Monsieur le Docteur P. BANZET
Monsieur le Docteur G. DUVERNAY
Monsieur le Docteur BITKER
Monsieur le Docteur NICOLETIS
Monsieur le Docteur J. L. DUCOURTIOUX
Monsieur le Docteur DUPAS
Monsieur le Docteur Maurice de SABLET

GENERALITES

D'un avis unanime, c'est la tentative la plus ardue de toute la chirurgie réparatrice, et jusqu'alors on peut affirmer que la perfection n'a pas été atteinte.

Cependant, et il n'est pour s'en persuader que de consulter des séries de photographies montrant les résultats atteints depuis 50 ans environ, des progrès constants sont réalisés tant dans la reconstruction chirurgicale que dans la réparation prothétique de l'oreille externe.

Telles sont en effet les deux solutions possibles qui s'offrent au sujet privé soit accidentellement, soit par maladie soit encore dès sa naissance de l'un ou de ses deux pavillons auriculaires.

Bien que le sujet soit particulièrement complexe, il est cependant nécessaire de schématiser les traits généraux des deux méthodes, d'essayer de faire un bilan de ce qu'elles peuvent nous proposer.

La reconstruction chirurgicale a pour elle un avantage indiscutable, elle fait véritablement corps avec le patient, elle est son bien propre et psychologiquement il est libéré de l'angoisse du ridicule auquel est toujours exposé le porteur d'un postiche. Elle ne demande aucun soin spécial d'hygiène.

A coté de ces avantages, les inconvénients sont nombreux : sans s'étendre sur les aléas de cette chirurgie, sur lesquels nous reviendrons, il faut insister sur la durée de cette réalisation qui est véritablement une entreprise de longue haleine, sur la multiplicité des temps opératoires et des retouches presque toujours nécessaires, et pardessus tout sur l'imprefection du résultat morphologique. Jamais, en effet, l'oreille "chirurgicale" n'aura la prétention de vouloir simuler à s'y tromper une oreille normale. Elle ne sera qu'un pis aller à offrir à un diminué physique désireux de récupérer au maximum son intégrité.

La reconstruction prothétique, à l'opposé, offre une solution rapide, relativement simple, les matières plastiques dont nous disposons actuellement rendent possibles des imitations très approchées de la nature, en ce qui concerne la forme, les dimensions, les teintes pour peu que l'on soit aidé par un prothésiste habile. Mais le problème n'est pas si simple, car psychologiquement le sujet peut très mal tolérer ce corps artificiel qui peut devenir pour lui un sujet de préoccupation constante par crainte de se voir deviné par la peur de s'en voir privé en public, par les soins de propreté nécessaires.

Mais ce n'est pas tout, et le plus délicat dans la reconstruction prothétique réside dans la fixation au niveau des téguments de la région temporale. Cette fixation se fait à l'heure actuelle le plus souvent par l'intermédiaire d'artifices chirurgicaux.

Les deux méthodes se recoupent donc ici et ce sont ces moyens chirurgicaux que nous aurons surtout en vue en étudiant les prothèses.

Il est enfin une attitude dont nous n'avons jusqu'alors pas parlé et qui est celle de l'abstention pure et simple. Celle-ci peut, en effet, parfaitement se justifier dans certains cas ; soit que le sujet ne ressente absolument pas son infirmité et n'exprime aucun désir de la voir réparer, soit que cette infirmité soit aisément dissimulable comme c'est le cas chez la femme, par une mèche de cheveux.

Sans vouloir conclure bien prématurément un exposé sur les reconstructions de l'oreille, force est donc d'admettre que la réparation chirurgicale peut malgré toutes ses imperfections, se présenter avec un bilan positif, tandis que la reconstruction prothétique n'est, en dernière analyse, qu'un aveu d'impuissance de la chirurgie plastique.

Il ne faudrait certes pas déduire de cette dernière proposition que la chirurgie doit s'appliquer à tous les cas, à toutes les formes d'absence d'oreille, mais les progrès déjà réalisés et ceux qu'il est normal d'attendre de l'avenir montrent que chez un bon nombre de patients le recours à la reconstruction chirurgicale est parfaitement justifié.

L'OREILLE NORMALE

L'usage veut qu'un rappel anatomique liminaire précède l'exposé des procédés de reconstruction, et cette habitude est ici plus nécessaire encore, quand on songe à l'extraordinaire complexité morphologique du pavillon, contrastant paradoxalement avec un rôle physiologique indiscutable mais faible comparé aux autres structures de l'organe de l'ouïe.

L'oreille externe comprend deux segments :
le pavillon et le conduit auditif externe.

LE PAVILLON

Le pavillon de l'oreille est une lame cutanéocartilagineuse mince dont les surfaces présentent des reliefs très complexes, l'ensemble dit Rouvière, réalisant la forme d'un cornet acoustique destiné à recueillir les ondes sonores et à les diriger vers le conduit auditif externe. Le pavillon est située sur les faces de la tête, entre apophyse mastoïde en arrière, articulation temporo-maxillaire et région parotidienne en avant, région temporale en haut.

Le pavillon est libre dans presque toute son étendue, sauf au tiers moyen de sa partie antérieure qui l'attache au crâne.

Configuration extérieure : le pavillon présente deux faces et une circonférence.

La face externe est celle qui intéresse le plus le plasticien celle qui toujours est visible chez l'homme, c'est aussi la plus complexe.

On y observe une série de saillies et de dépressions, dont la plus centrale est la conque ;

L'hélix a une particulière importance morphologique, il commence dans la conque par une racine oblique en haut et en avant puis longe les $\frac{3}{4}$ antérieur, supérieur et postérieur du pavillon et se termine dans le lobule.

L'anthélix chemine concentriquement à l'hélix, dont il est séparé par la gouttière de l'hélix. Il naît en haut par deux racines limitant la fossette scaphoïde ou naviculaire et se termine en bas par la saillie de l'antitragus. Il limite une très profonde dépression en haut, en arrière et en bas : la conque, qui du point de vue de la réparation est un élément aussi important que l'hélix, l'ensemble conque - hélix devant contraster, celui-ci par son relief, celle-là par son creux.

Deux autres saillies complètent la face externe du pavillon : en bas, le lobule, appendice cutané, continuant l'hélix, sa gouttière, et l'antitragus ; en avant le tragus, surplombant la conque comme un opercule formant un triangle à base antérieure.

La face interne ; est en majeure partie libre elle re-produit à l'envers les reliefs de la face externe en les atténuant. Elle est moins étendue que celle-ci car sa partie toute antérieure adhérente répond à l'attache du pavillon sur le crâne. A l'union des deux parties siège le très profond sillon rétro-auriculaire.

Dans l'ensemble, cette face est peu visible, facilement dissimulable même chez l'homme. On pourra donc délibérément sacrifier l'aspect de cette face qui au contraire sera celle des voies d'abord et des cicatrices.

La circonférence du pavillon est formée : en haut et en arrière par l'hélix, en bas par le bord libre du lobule, en avant par le tragus.

LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE :

Il s'étend de la conque au tympan. Nous serons très brefs à son sujet, car peu visible, il n'intéresse pas la chirurgie de la forme pure que nous envisageons seule ici. Disons seulement que si ce conduit existe, il faudra au cours des interventions reconstructrices veiller à éviter sa sténose, et centrer la reconstruction autour de ce canal. Par ailleurs il peut être de quelque secours pour fixer une prothèse.

DIMENSIONS

Elles sont extrêmement variables avec chaque individu. Les moyennes admises sont 60 à 65 mm pour la hauteur, 30 à 35 dans le sens horizontal. La croissance est pratiquement terminée vers 7 ans.

DIRECTION :

Le grand axe n'est pas vertical mais légèrement oblique en bas et en avant.

Mais le point le plus important à considérer est l'angle formé par le plan du pavillon et le plan sagittal tangent au crâne. Cet angle, ouvert en arrière est l'angle céphalo-auriculaire de Testut et vaut en moyenne 30°. Il doit à tout prix être respecté dans les reconstructions si l'on veut que l'oreille ait un décollement suffisant.

STRUCTURE

Le pavillon est constitué par une charpente fibro-cartilagineuse, des muscles et des ligaments un revêtement cutané.

Le fibro-cartilage est responsable des reliefs de l'organe. Sa forme est donc aisée à concevoir. Cependant, il faut remarquer que :

- le lobule ne possède pas de squelette cartilagineux.

- la charpente est constituée d'un seul bloc, la majeure partie formant le pavillon proprement dit est reliée au cartilage du tragus par un isthme cartilagineux.

- en haut, par contre, il n'existe pas de pont entre hélix et tragus (c'est là que passent certaines incisions endaurales).

le cartilage du tragus est en continuité avec le cartilage du conduit ce qui confère une grande fixité au pavillon.

Les muscles : sont divisés en intrinsèques, ayant leurs deux insertions sur le cartilage, et en extrinsèques, ayant une insertion cartilagineuse, l'autre insertion sur les aponévroses ou os voisins. Tous ces muscles sont rudimentaires et n'ont aucune importance fonctionnelle.

Les ligaments : sont divisés de la même façon en intrinsèques, et extrinsèque contribuant à la fixité du pavillon.

La peau de l'oreille est très mince, très fine surtout sur la face externe où, de plus, elle adhère intimement au péri-chondre, à la face interne, une couche cellulo-adipeuse sépare peau et cartilage. Le lobule n'est composé que d'une enveloppe cutanée entourant du tissu adipeux.

VASCULARISATION :

Elle provient de deux pédicules et est d'une grande richesse ;

- le pédicule auriculaire antérieur : comporte trois artères détachées de la temporale superficielle (terminale de la carotide externe) Elles irriguent la partie antérieure de la face externe. Les veines satellites des artères rejoignent la veine temporale superficielle puis la jugulaire externe.

- le pédicule auriculaire postérieur est constitué par l'artère auriculaire postérieure, collatérale de la carotide externe. Après avoir cheminé un peu en arrière du sillon rétro-auriculaire, elle irrigue la face interne et la partie postérieure de la face externe. Les veines satellites gagnent la jugulaire externe par la veine auriculaire postérieure.

ANATOMIE ARTISTIQUE :

Mais il est bien d'autres éléments dont l'anatomie pure ne rend pas compte nous voulons parler de la finesse du grain de la peau de la translucidité d'une oreille vue à contre jour, de sa souplesse et de son élasticité.

Voilà donc quelle est la complexité du problème à résoudre, nous en avons vu les éléments anatomiques et morphologiques. Mais nous savons d'avance qu'une restitutio ad integrum est impossible et nous allons reprendre ultérieurement le chapitre anatomique dans une optique toute différente.

LES CAS OU SE DISCUTE LA RECONSTRUCTION

ET LES PROBLEMES DIFFERENTS QUI PEUVENT

SE POSER.

L'APLASIE CONGENITALE

Aspect clinique : plusieurs degrés sont possibles.

La malformation la plus répandue est le remplacement du pavillon par un bourrelet cutané vertical. Ce bourrelet contient dans sa partie supérieure des fragments cartilagineux informes. Il est souvent plus étroit à sa partie moyenne et présente parfois des orifices fistuleux. Ce bourrelet n'a pas les dimensions (il est plus petit) ni la position (il est plus antérieur et plus bas) du pavillon normal.

En arrière de ce bourrelet, la mastoïde est plus plate que normalement et juste en avant d'elle on palpe le condyle maxillaire. L'absence d'os tympanal explique ces rapports anormaux.

En avant du bourrelet, d'autres anomalies sont fréquentes : un ou plusieurs enchondromes, une fossette ou une fistule borgne remplaçant le conduit, parfois précédée par un tragus atrophié.

L'aplasie peut être beaucoup moins prononcée, réalisant une microtie avec un hélix trop grand replié en bas et en avant.

L'aplasie peut atteindre un degré extrême, deux types peuvent se voir :

simple petit lobule ectopique situé dans la joue (signalé comme fréquent dans les aplasies bilatérales).

bouquet d'enchondromes sur le trajet de la première fente branchiale (entre tragus et commissure buccale).

L'aplasie de l'oreille est une malformation complexe et rarement isolée :

- a) en cas d'atteinte unilatérale, un degré variable d'hémiatrophie faciale est presque toujours associée
 - simplement mesurable, raccourcissement de la branche montante du maxillaire inférieur
 - ou asymétrie flagrante des deux hémifaces, avec parfois paralysie faciale congénitale du côté atteint.
- b) en cas d'atteinte bilatérale, celle-ci peut s'intégrer dans une malformation beaucoup plus étendue (syndromes de Franceschetti, de Treacher-collins)

Le point de vue purement otologique sort du cadre de cet exposé, il faut cependant savoir que ces sujets présentent du côté atteint une surdité d'oreille moyenne (de transmission pure) mais même dans les aplasies bilatérales jamais ils ne sont atteints de surdi-mutité, la voix forte ou criée est toujours perçue. De toute façon un bilan clinique, audiolgique, radiographique sera toujours fait.

Enfin, au cours des interventions reconstructrices chez les aplasiques, nous avons souvent constaté la mauvaise trophicité de toute la région malformée qui se traduit par une très grande fragilité de la peau et une curieuse tendance des implants cartilagineux à la résorption.

Les amputations traumatiques :

par section, arrachement, écrasement tentative de suture ayant échoué avec nécrose du fragment.

Dans le cas des traumatismes, la plus grande variété des lésions peut se voir, nous ne nous intéresserons ici qu'aux pertes de substance totales ou subtotaux.

En général, le lobule est resté en place et devra être réutilisé les tissus voisins sont de bonne qualité et le conduit existe.

Parfois les conditions sont moins favorables car toute la région auriculo-temporale a pu être lésée par le traumatisme, les téguments environnants étant eux-mêmes cicatriciels.

Il peut exister des phénomènes infectieux de tous les plans peau, cartilage, os et il faut attendre leur extinction complète avant de passer à la reconstruction.

Les brûlures : atteignent surtout :

La partie périphérique du pavillon

Elles donnent des lésions assez caractéristiques, la perte du pavillon étant rarement totale mais subtotaux ; outre cela, la peau est bien plus fréquemment lésée que le cartilage qui est souvent en grande partie conservé, mais déformé

deux formes peuvent schématiquement être isolées :

moignon d'oreille recroquevillé, où, sous une peau tendue, rétractile, l'on trouve un cartilage presque complet qu'il faudra, après libération revêtir de téguments sains.

moignon d'oreille atrophique, non ourlé, sans aucun des reliefs d'un pavillon normal ; recouvert d'une peau tendue parfois prête à s'ulcérer.

Enfin, les brûlures donnent avec prédilection des cicatrices chéloïdiennes dans cette région ce qui complique encore le problème plastique.

D'autres étiologies plus rares :

Les séquelles d'hématomes suppurés du pavillon, donnent quand elles sont étendues, des oreilles en chou-fleur très atrophiques équivalant à une perte subtotale, de même que les péri-chondrites succédant à une intervention pour mastoïdite.

Les interventions pour tumeur peuvent aboutir au même résultat qu'il s'agisse de tumeurs bénignes très étendues, un angiome par exemple ou pour tumeur maligne dont l'ablation doit se pratiquer sans tenir compte des perspectives de reconstruction étant donné leur gravité et pour laquelle il sera raisonnable d'attendre un certain délai de non récidence avant d'entreprendre la réparation.

LES TECHNIQUES PROPOSEES

Les différents procédés qui ont été proposés sont extrêmement nombreux. Nous nous contenterons d'exposer les principaux par ordre chronologique.

LES PROCEDES HISTORIQUES

Nous serons assez brefs sur ceux-ci, car dans la majorité des cas il s'agit de pure légende ou d'ou d'observations de replantation n'entrant donc pas dans le cadre strict de la réparation.

1 - Tröltsch rapporte des cas de greffes homoplastiques couronnées de succès, qui auraient été exécutées dans les Indes.

2 - Tagliacozzi raconte le cas d'un moine auquel une oreille sectionnée aurait été suturée de telle sorte que personne n'aurait pu distinguer le côté blessé. L'auteur a été soupçonné d'avoir écrit ces lignes dans un "moment d'enthousiasme".

3 - Les mémoires de Strafford, relatant la guerre civile anglaise sous le règne de Charles 1er, font état de plusieurs replantations couronnées de succès, si bien que, à cette époque où couper les oreilles était un châtement usuel, certains sujets subirent plusieurs fois ce même supplice.

Co Cheril, dans sa thèse de 1894, cite plusieurs observations de sutures totales réussies, mais aucune dont il puisse témoigner personnellement.

4 - En 1882, le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre traite à son tour de l'otoplastie dans un article de Hénocque.

Après avoir énuméré les cas de réimplantation, l'auteur étudie séparément la reconstruction totale et la reconstruction partielle.

Le procédé proposé pour la réparation totale est celui de Dieffenbach, suivi par Renzi puis par Velpeau. Ce dernier décrit la technique dans son traité de médecine opératoire, et l'ayant essayée deux fois a eu deux échecs.

En réalité, il s'agit d'une technique dont relèvent les amputations partielles dont l'étude n'a pas place ici.

5 - Mauclair, dans son livre sur les greffes, reprend une publication faite à la société d'anatomie en février 1922. Il rend compte d'une expérimentation sur les greffes de pavillon d'oreille chez le lapin. Il conclut au succès des lambeaux pédiculés d'une oreille sur l'autre sur le même animal. Par contre, le transplant d'une oreille d'un animal à l'autre avec ou sans son pédicule échoue toujours.

Chez l'homme, il ne cite que de nombreux cas historiques de suture après traumatisme échelonnés entre 1685 et 1845 et un cas personnel suivi de succès mais avec persistance d'un très court pédicule.

6 - Le premier procédé véritable d'otoplastie totale décrit, semble être celui de Julius von Szymanowski, de Kiev, en 1870.

L'auteur préconise un lambeau dépassant largement les contours de l'oreille projetée doublé dans le même temps par deux autres lambeaux triangulaires empiétant sur le cuir chevelu, en continuité avec le premier, par leur base.

La suture de la perte de substance se faisant par rapprochement. L'extrémité supérieure du néo pavillon sera dans un deuxième temps rapproché du conduit de façon à provoquer l'enroulement de l'oreille. Enfin, l'épilation de la face postérieure de l'oreille est nécessaire.

Il est aussi possible d'utiliser dans cette méthode de la peau thoracique ou brachiale amenée par tube.

Ce procédé semble n'avoir jamais été utilisé par l'auteur qui conclut en disant que le cas échéant il n'hésiterait pas à l'employer.

Ce procédé est donc très simple dans sa conception puisqu'il propose une réparation en deux temps par un seul lambeau local non armé.

7 - Nélaton et Ombrédanne, en 1907, ne présentent pas de procédé personnel d'otoplastie mais après avoir constaté l'insuccès constant de l'hétérogreffe, citent deux procédés :

- l'un dû à Bouisson, essayé sur le cadavre, par lambeaux locaux, dont l'auteur lui-même admet le piètre résultat.

- l'autre décrit par Berger, essayé sur un blessé : lambeau pétromastoïdien ; en replié sur lui-même, les pertes de substance étant comblées par des greffes de Thiersch, l'ensemble donnant une oreille en bas relief.

Donc à la période "héroïque" l'otoplastie totale, les techniques proposés sont simples : lambeaux locaux rapidement mis en place sans aucune armature.

Les choses n'en resteront pas là longtemps. En effet deux publications vont modifier les bases du problèmes en ajoutant l'armature qui apparaît indispensable et un lambeau spécialement conçu pour reconstruire l'hélix.

LES TECHNIQUES MODERNES

Entre les années 1925 et 1930 nous entrons dans la période moderne de l'otoplastie avec les deux noms de Joseph et de Pierce qui apportent l'un et l'autre des procédés nouveaux et des observations avec iconographie.

Joseph, avant d'exposer son procédé personnel, en signale certains autres :

Celui de Kôrte : ce procédé reprend pour l'oreille ce qui avait été préconisé par König au niveau des ailes du nez de toute l'épaisseur.

Prise d'un fragment triangulaire sur l'oreille saine, le fragment ayant 3 cm sur le bord libre, 1 cm à son sommet. Suture de l'oreille donneuse. Kôrte prétend ne pas avoir d'altération notable de l'oreille saine.

Du côté malade, on pratique une excision de la cicatrice, à la partie postérieure de la circonférence du conduit auditif externe. Implantation et suture du fragment prélevé. Au bord inférieur de ce fragment, on suture la peau de la joue et les restes du lobule pour en reformer un nouveau. Le premier temps étant terminé, on attend la prise de cette première greffe.

Le deuxième temps consiste à tracer un lambeau en U, replié sur lui-même au bord supérieur de l'implant. La perte de substance de la face ainsi créée est comblée par une greffe de cuisse.

Le résultat, dit Joseph, est acceptable, mais il pense

que cette méthode n'est guère indiquée que si l'oreille saine est de dimension exagérée.

Cette méthode a été reprise et modifiée par Lexer de la façon suivante : cet auteur décolle la peau de la face postérieure du fragment greffé pour disposer d'un supplément de surface cutanée.

Joseph signale ensuite la méthode de Schmieden : un fragment de cartilage costal est prélevé puis implanté sous la peau de la poitrine, l'ensemble étant transplanté ensuite dans la région auriculaire. Joseph pense que cette méthode est valable chez la femme et l'enfant mais chez l'homme adulte la présence de poils sur la poitrine empêche son utilisation.

L'auteur berlinois résume alors le procédé de Pierce, dont il a connaissance.

Enfin, il expose sa méthode personnelle, reposant sur l'utilisation d'une charpente en ivoire, qui est taillée par un sculpteur, percée de multiples trous et finalement implantée sous la région de l'oreille (donc dans la partie haute du cou).

Le deuxième temps consiste à tracer un grand lambeau comportant la charpente et la peau sus-jacente et à ascensionner l'ensemble dans la région auriculaire proprement dite. La perte de substance cervicale résultante sera comblée par un nouveau lambeau ou une greffe de cuisse.

Lors du troisième temps, formation des sillons péri-auriculaires par décollement et greffe libre.

Le lobule est formé dans un 4^e temps par des lambeaux locaux.

Enfin des interventions complémentaires sont nécessaires du côté sain pour adapter la taille de l'oreille saine à celle de l'oreille reconstituée.

Certaines variantes sont possibles : utilisation d'un lambeau brachial pour recouvrir les restes de cartilage s'il en subsiste après le traumatisme, de même la peau du bras peut venir recouvrir la charpente en ivoire.

Malheureusement, l'observation de Joseph appuyée sur des photographies montrant un résultat satisfaisant ne se termine pas là. La charpente d'ivoire a fini par faire issue par la peau car l'oreille néo-formée a été comprimée pendant le sommeil et l'auteur conseille donc qu'une protection nocturne soit portée.

A la même époque que Joseph, Pierce de San Francisco, met au point une méthode originale, et publie deux observations avec iconographie.

D'abord, en 1925, il répare une destruction subtotale du pavillon en recréant l'hélix manquant par tube cervical.

Son deuxième cas est une otoplastie totale.

Il prélève, les 8^e et 9^e cartilages costaux. Un morceau de 4 x 6 cm. est tiré du 8^e après ablation du périchondre et est enfoui entre le cuir chevelu et le fascia temporo-mandibulaire par une incision de 6 cm. et rétro méatique. Le 9^e cartilage et le reste du 8^e sont enfouis sous la graisse abdominale. Dans le même temps on trace un tube sus-claviculaire de 1 cm. de diamètre sur 16 cm. de longueur.

Pour décoller le pavillon, il pratique une incision et un décollement rétro-auriculaire, il applique sur la surface cruentée ainsi créée une greffe de Thiersch, en feuillet de livre, dont il coud les bords aux berges de la perte de substance puis entre eux après avoir inclus entre les deux parties de la greffe un bloc de stents ; il réalise un inlay épithélial d'Esser.

Simultanément, le tube est rapproché de sa place définitive.

Après un certain délai, on ouvre l'inlay épithélial, on enlève les stents. A ce moment le pavillon est donc armé, décollé, non ourlé. Le tube sus-claviculaire est mis en place définitivement. On le fend sur toute sa longueur de même que le néo-pavillon sur sa périphérie et on les suture berge à berge.

Les restes du cartilage costal enfouis dans l'abdomen sont alors utilisés pour former certains reliefs : bord supérieur de la conque, tragus, etc...

Son troisième cas est une reconstruction de la moitié supérieure du pavillon.

Son quatrième cas est une agénésie totale.

Nous voici donc entrés dans le domaine de l'otoplastie moderne avec 3 acquisitions d'énorme importance :

- la nécessité d'une armature au lambeau cutané,
- l'apparition des greffes cutanées pour pallier l'insuffisance des lambeaux locaux.

- l'importance de la création d'un néo-hélix
par tube bipédonculé.

Ces 3 grands principes étant admis par la plupart des auteurs les travaux postérieurs à 1930 ne porteront plus sur eux mais sur des variantes techniques et à quelques exceptions près, il faut bien reconnaître que la technique de l'otoplastie totale n'a plus évolué radicalement depuis cette époque.

LES PROCÉDES POSTÉRIEURS A 1930.

Lexer, en 1931, ne propose pas de solution nouvelle mais préconise le procédé de Körte.

En 1937 Gillies ne s'écarte guère des principes généraux déjà vus. L'originalité de sa méthode consiste surtout à utiliser comme charpente le cartilage maternel. Pour l'hélix, il préconise un tube mince.

Pour la création du sillon rétro-auriculaire, il propose soit une greffe, soit un lambeau local, soit encore l'utilisation d'un tube acromial. L'extrémité supérieure de celui-ci est retournée de dehors en dedans, passée dans un tunnel sous l'implant de cartilage maternel et enfin ouvert pour former un sillon non rétractile.

Pour la formation de la conque et du méat, il ne conseille la greffe en inlay que si l'ablation simultanée d'un volet mastoïdien empêche sa rétraction. On peut aussi laisser un îlot de peau mastoïdienne et construire l'oreille par dessus.

Enfin, pour le méat, il conseille le tatouage en noir.

En 1940, Kirkham préconise comme armature l'utilisation de cartilage prélevé sur cadavre et durci au formol.

En 1944, Jérôme P. Webster propose une méthode originale de réparation des fortes microties, utilisant dès deux ans les reliquats cartilagineux. Ceux-ci sont disséqués, dédoublés puis implantés devant la ligne des cheveux. Peu de temps après, dissection d'un lambeau comprenant le cartilage, les surfaces cruentées étant recouvertes par une greffe en feuillet de livre (laisser quelques adhérences entre crâne et lambeau pour éviter la rétraction).

Dans un temps ultérieur, la néo-oreille ainsi déterminée

est incisée à sa partie moyenne, suivant une ligne verticale de façon à la transformer en un lambeau bipédiculé à ses extrémités supérieure et inférieure. Dans le même temps, on trace une incision courbe à concavité antérieure sur la partie cruentée de la néo-oreille à cette incision, ce qui provoque un décollement du pavillon et le creusement de la conque.

Ce procédé est très séduisant en théorie, mais la conclusion de l'auteur est assez décevante, puisqu'il évoque la possibilité de retouches terminales par adjonction de cartilage et un lambeau tubulé.

En 1946, Greeley publie un nouveau type d'armature sous forme d'une toile métallique de tantale. Les schémas publiés montrent d'ailleurs qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une toile mais plutôt d'un filet de texture irrégulière, soudé par endroits. L'observation se termine malheureusement par un échec, car la périphérie de l'oreille se nécrose au bout de quelque temps, nécessitant précisément la présence en cet endroit du tube bipédiculé que la méthode voulait éviter.

Quelques années plus tard, en 48, Lyndon A. Peer continue ses recherches dans le sens de l'amélioration de l'armature. Des fragments de cartilage sont prélevés, réduits en morceaux de petite taille introduits dans un moule de vitallium perforé, le tout étant mis en nourrice sous la peau de l'abdomen. La forme obtenue initialement est remarquable mais des déformations surviennent toujours car le squelette n'est pas homogène mais composé de fragments cartilagineux réunis par du tissu fibreux.

Auffricht propose une légère variante de cette méthode en remplaçant le moule de vitallium par un moule de résine acrylique.

Ginestet, dans la thèse de son élève Joulin, datée de 1949, expose son procédé, très voisin de celui de Pierce.

Le squelette est constituée par un cartilage costal-clivé dans le sens de la longueur en deux baguettes latérales et une baguette centrale, celle-ci est entaillée en dents de scie de façon à pouvoir être recourbée et former le relief de l'anthélix

et la dépression de la conque. Les baguettes fines formeront l'hélix et les reliefs secondaires.

Pour la peau, il dessine un grand lambeau sus-claviculaire tubulé épais amené dans la région auriculaire donnera la couverture de l'hélix mais aussi la face postéro-interne du pavillon.

Byars, en 1950, utilise la tendance naturelle du cartilage à se déformer en se courbant du côté où subsiste le péri-chondre. C'est ce qu'il fait sur le côté externe du néo-pavillon et il obtient ainsi un décollement suffisant pour éviter la confection d'un tube pour l'hélix.

Le procédé de Converse paraît en 1950. Il repose sur les principes suivants. L'armature est mixte ostéo-cartilagineuse le greffon osseux ayant pour rôle de repousser plus en dehors le cartilage qui sert de véritable support au pavillon.

Ce squelette est prélevé dans une première séance, le cartilage sur le gril costal suivant la technique habituelle, l'os a la face interne de la crête iliaque. L'ensemble est mis en banque à -5°C .

Le deuxième temps est la préfabrication, en salle d'opération, en suivant les règles strictes d'asepsie, de l'armature, en sculptant aussi minutieusement que possible les fragments prélevés pour obtenir une bonne ressemblance avec un pavillon normal. Ce travail effectué, on replace les greffons à la banque d'os.

Le troisième temps est consacré à la mise en place de l'armature par une incision courbe, pariéto-occipitale, à distance de la région auriculaire. Un vaste décollement est nécessaire, et il subsiste une zone cruentée du cuir chevelu que l'on ferme par une greffe mince. Il est bien entendu que la peau auriculaire doit être appliquée aussi exactement que possible sur les greffons.

Le quatrième temps est exécuté au moins deux mois plus tard. Une incision est faite à la limite du cuir chevelu et on décolle tout ce qui est au-dessus de cette ligne, c'est-à-dire la zone chevelue couvrant le greffon et la greffe destinée à combler la zone cruentée. On pratique l'ablation de la greffe, on remet le cuir chevelu en place et on suture l'ancienne incision. L'armature est ainsi extériorisée dans sa partie supérieure mais le cartilage ne doit pas être à nu mais recouvert de tissu conjonctivo-vasculaire néo-formé indispensable à la prise de la greffe de peau mince qui la recouvre en fin d'intervention. L'exposition du cartilage est poursuivie de la même façon sur son bord périphérique et sur sa face postérieure jusqu'au sillon rétro auriculaire. L'en-

semble est alors recouvert d'une greffe de peau bien appliquée sur les reliefs de l'armature.

La thèse de Lelasseux, de 1951, expose le procédé de Galtier. La conque du côté sain est prélevée en totalité, implantée derrière le méat du côté à réparer, entourée par un lambeau tubulé pour former l'hélix le décollement étant finalement obtenu par une greffe en feuillet de livre de la région postérieure de l'oreille.

Ombrédanne s'intéresse spécialement aux problèmes posés par les atteintes congénitales de l'oreille. Nous passerons sur ce qui concerne l'oreille moyenne et les problèmes posés par le conduit qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

Pour l'oreille externe, Ombrédanne propose d'utiliser les reliquats embryonnaires en deux temps autoplastiques successifs.

Le bourrelet antérieur est sectionné transversalement, la 1/2 supérieure est transportée en haut et en arrière, la 1/2 inférieure en bas et en arrière. Les extrémités du pavillon étant ainsi constituées, elles sont réunies par un arc sous-cutané en polystan, à concavité antérieure. Il n'y a pas de sillon rétro-auriculaire, mais le diamètre est suffisant et le relief est acceptable.

En 1952, deux auteurs argentins, Malbec et Beaux, proposent une méthode originale par lambeaux locaux armés.

En plusieurs temps, on trace un lambeau rétro-auriculaire doublé par de la peau sous-auriculaire, la perte de substance étant fermée par rapprochement.

Ultérieurement, entre les deux faces du lambeau doublé, on introduit une armure en résine acrylique.

Toujours en 1952, Steffensen utilise du cartilage de banque qu'il perfore de telle sorte que sa contraction augmente les différents reliefs du pavillon et favorise la formation d'un

sillon rétro-auriculaire, dont il recouvre les deux berges par un lambeau mastoïdien à base inférieure. Il pense ainsi éviter le tube de reconstitution de l'hélix. Il revoit ses opérés en 1955 et constate une résorption très importante des implants cartilagineux.

En 1954, Wilkstrom, reconstruit le pavillon sans tube bipédonculé en utilisant une armature de cartilage, un lambeau de cuir chevelu remplacé ultérieurement par une greffe.

A quelques mois de distance, en 1956, Lettermann et Harding, puis Malcolm F. White prosent un artifice pour conserver plus aisément la ligne des cheveux. Cet artifice consiste avant toute autre intervention à "débarrasser" du cuir chevelu la région péri auriculaire le cuir chevelu est taillé en lambeau à charnière postérieure, enroulé sur lui-même et remplacé par une greffe de peau mince. On dispose donc d'une vaste zone glabre auriculaire sur laquelle va pouvoir s'effectuer la reconstruction. Celle-ci terminée, le lambeau sera remis en place et la ligne des cheveux reconstituée.

Backus utilise en 1957, des ménisques du genou conservés à basse température comme armature préformée.

Mac Cash, toujours en 1957, propose un artifice pour empêcher la rétraction de l'hélix pendant les différents temps opératoires : il s'agit d'introduire un tube de polyéthylène armé d'un fil d'acier inoxydable dans le pourtour du pavillon. (L'auteur ne donne pas d'autres indications sur la façon de reconstruire l'hélix).

En 1960 Macomber utilise comme armature un tissu de nylon dont les bords sont découpés au cautère, ce qui les ourle de façon automatique

Cette revue longue et pourtant incomplète des méthodes d'otoplastie totale met bien en relief deux points d'achoppement particuliers :

- la recherche d'une armature solide, indéformable et volumineuse, mais alors le risque de rejet est très grand si l'on a recours aux corps étrangers.

- recherche d'une étoffe cutanée aussi abondante que possible, mais là encore l'écueil est l'inévitable tendance à la rétraction et à l'effacement des reliefs et le corollaire de ces vastes lambeaux cutanés est d'ajouter encore des cicatrices sur des visages déjà disgraciés.

Le procédé original que nous exposons ici est une application du procédé de Pierce. Notablement modifié par notre Maître le Docteur Claude Dufourmentel, il évite au maximum les critiques que nous émettions plus haut, car cette méthode comporte une armature par autogreffe de cartilage donc une excellente tolérance et un minimum de résorption un lambeau taillé dans le cuir chevelu qui a pour résultat de donner aussi peu de cicatrices que possible dans la région auriculaire et un hélix mince et long, morphologiquement très satisfaisant.

NOTRE METHODE DE RECONSTRUCTION

1 - Les buts principaux de l'opération

Il est maintenant bien établi que l'on doit renoncer à imiter parfaitement la nature. Il sera donc nécessaire de ne s'attacher qu'à quelques points particuliers considérés comme les plus évocateurs et les plus caractéristiques de l'oreille normale.

a) - vue de face, c'est la saillie en dehors du pavillon son valgus, autrement dit son décollement qui importent le plus pour éviter cette impression de vide, de déséquilibre que confère à un visage l'absence de pavillon auriculaire.

b) - vue de profil et de 3/4, l'observateur analyse davantage l'architecture de l'organe.

Il faudra attacher une grande importance à l'excavation de la conque. La circonvolution de l'hélix, la dépression de l'une mettant en valeur le relief de l'autre, l'ensemble prenant un aspect en point d'interrogation dont Gillies a déjà souligné l'importance.

d) - en troisième lieu, il faudra considérer la hauteur de l'oreille, sa hauteur absolue, elle devra s'efforcer d'être en harmonie avec les dimensions de la face, mais il faut bien savoir que le risque n'est guère d'avoir une oreille trop grande mais au contraire ridiculement petite.

Sa hauteur relative par rapport à l'oreille saine et la recherche sera des plus minutieuses pour la symétrie, par rapport à la ligne des cheveux qui devra être respectée au maximum de façon à ne pas avoir un pavillon partiellement couvert de cheveux ou à l'opposé une large zone cicatricielle de peau glabre rétro-auriculaire.

Mais si l'on doit être intransigeant sur ces points particuliers il en est d'autres que l'on négligera plus afin d'obtenir une oreille solide, ne se déformant pas, reposant sur un socle large et adhérent à la mastoïde, nous voulons parler de la finesse du pavillon et du sillon rétro-auriculaire.

2 - A quelle date est-il préférable d'opérer et quelques sujets sont psychologiquement justifiables de l'intervention ?

Une notion est admise universellement : il faut attendre que la croissance soit terminée, ce qui pour l'oreille survient bien plus tôt que le reste de l'organisme, c'est-à-dire vers 7 ans.

Psychologiquement le problème est délicat, il faut en règle n'opérer que si le sujet le réclame et bien le mettre en garde contre les déceptions ultérieures, lui faire comprendre que jamais plus il n'aura une oreille parfaitement normale et qu'enfin un long délai sera nécessaire pour mener à bien interventions et retouches indispensables.

C'est donc dire combien seront utiles les photographies préopératoires de face et de profil systématiques qui, le moment venu pourront rappeler au patient les lésions initiales et témoigner des améliorations obtenues.

oOo

TECHNIQUE DE LA RECONSTRUCTION DANS L'AMPUTATION TRAUMATIQUE

a - Avant toute reconstruction, et sous peine d'échec, il faut obtenir une cicatrisation parfaite de la région auriculaire, l'extinction complète de tout processus inflammatoire.

Nous voulons dire par là non seulement l'ablation des corps étrangers qui va de soi, mais aussi la cure des foyers d'ostéite mastoïdienne, ablation des séquestres, tarissement des fistules, peau non inflammatoire, sans solution de continuité, de bonne qualité, solide et de bonne trophicité. Au besoin une greffe de peau pourra être faite sur la région si celle-ci est recouverte d'un tégument de trop mauvaise qualité.

b - Le premier temps opératoire est consacré au prélèvement puis à l'inclusion d'une autogreffe de cartilage costal.

Le prélèvement se fait par une incision longeant le rebord costal. On incise ensuite verticalement l'aponévrose du muscle grand droit, puis on dissocie les fibres de ce muscle.

Il faut alors libérer le cartilage sur ses faces et son bord inférieur à l'aide de rugines.

Le prélèvement se fera de préférence à la jonction des 9^e et 10^e côtes car il faut prévoir un volume très important de cartilage de façon à le mettre en double épaisseur et une surface aussi étendue que possible pour avoir un bon appui du greffon sur l'os mastoïdien.

La paroi thoracique sera refermée plan par plan.

On procède alors à la préparation du greffon. Le bloc de cartilage est taillé en forme de croissant aussi épais qu'il est possible avec le prélèvement disponible. Pour cela on est obligé de juxtaposer deux épaisseurs de cartilage solidarisées par des sutures transfixiantes.

Ce croissant n'est d'ailleurs pas de forme régulière si symétrique car il comporte une extrémité arrondie pour

le pole supérieur de l'oreille et une extrémité inférieure effilée du côté du lobule.

En coupe, ses bords n'ont pas partout le même profil, car si le bord postérieur, convexe, destiné à recevoir l'hélix est très épais il constitue une véritable face, le bord antérieur concave est mince, en biseau à ses deux extrémités mais sa partie moyenne est haute, abrupte destinée à reconstituer la dépression de la conque.

Le greffon étant modelé, il est alors mis en place dans la région auriculo-mastoïdienne. Une incision est pratiquée juste au-dessus de la ligne des cheveux, presque horizontale, allant jusqu'à los. Il faut décoller largement les deux berges de façon à créer une loge suffisante pour le volumineux greffon préparé, et pouvoir ensuite refermer sans traction excessive.

Le cartilage est alors mis en place de telle sorte que la concavité du croissant réponde au conduit auditif ou à ce qui en subsiste, son extrémité effilée dirigée en bas. Il est fixé au tissu fibro-périoste de la mastoïde par deux ou trois points de fil irrésorbable, nylon fin ou acier. L'incision est alors refermée soigneusement, il existe une certaine tension, mais celle-ci n'oblige pas, en général, à faire une incision de décharge dans le cuir chevelu, puis à combler celle-ci par une greffe.

Toujours dans le premier temps opératoire, on prépare la greffe cutanée libre tubulée qui servira à refaire l'hélix. C'est le point le plus particulier de la technique du Dr Dufourmentel, c'est donc lui que nous exposerons avec le plus de détails.

Sur le crâne, qui bien entendu, est complètement rasé, on repère les vaisseaux temporaux superficiels. L'artère, d'abord, grâce à ses battements est suivie et dessinée sur tout son trajet, puis la veine est rendue visible et dessinée après pose d'une garrot élastique péricranien. Ces deux vaisseaux peuvent en effet avoir un cheminement légèrement différent.

Ces repères étant pris, une incision est tracée tout le long des vaisseaux en restant très superficiel cependant pour ne pas les léser. Cette incision mesure environ 12 cm. de long et part de la racine horizontale du zygoma, en avant du conduit auditif externe, les deux lèvres sont décollées en restant toujours superficiel et après rétraction des berges par deux écarteurs, on se trouve en présence du paquet vasculaire englobé d'un feutrage celluleux, cheminant superficiellement par rapport à la galéa. Deux incisions verticales, parallèles aux vaisseaux, allant jusqu'à los, réunies en profondeur par un décollement entre la galéa et le périoste crânien vont permettre maintenant d'isoler totalement le pédicule et son feutrage péri-vasculaire, attaché à la paroi cra-

nienne à ses deux extrémités. Ce lambeau a pour caractéristique d'être extrêmement étroit par rapport à son longueur mais néanmoins parfaitement vascularisé.

Il reste maintenant à recouvrir ce lambeau d'une greffe cutanée d'épaisseur intermédiaire prélevée soit à la cuisse, soit pour éviter une nouvelle cicatrice, dans la zone du prélèvement costal. Dans ce dernier cas, on prélèvera une greffe de peau totale que l'on amincira secondairement, car la peau mince paraît préférable au niveau de l'oreille.

Cette greffe est enroulée autour du lambeau cellulo-vasculaire sur toute sa longueur et les bords de la greffe sont cousus l'un à l'autre de façon à la maintenir en place. Enfin le cuir chevelu est à son tour suturé sous le lambeau.

Un pansement très soigneux termine l'intervention en veillant à immobiliser le tube de façon parfaite mais sans la moindre compression qui mettrait sa vitalité en péril.

Le deuxième temps opératoire sera pratiqué au minimum un mois après le premier. Un délai plus long, si possible, est d'ailleurs préférable pour obtenir à la surface du greffon cartilagineux une atmosphère cellulo-vasculaire dense et adhérente.

Lors du premier temps, l'armature cartilagineuse était partiellement recouverte dans sa partie supérieure par le cuir chevelu.

On va maintenant remplacer ce cuir chevelu par de la peau glabre apportée sous forme de greffe mince de la façon suivante :

- une incision est faite en regard du greffon cartilagineux. La partie antérieure de l'incision suit le même tracé que celle qui avait servi à mettre en place le cartilage au premier temps. Dans sa partie postérieure, elle le quitte pour se recourber le long du bord postérieur de l'armature.

Cette incision doit n'intéresser que la peau de même que le décollement des berges qui doit rester très superficiel. Le cartilage ne doit jamais être à nu, mais partout recouvert de tissu cellulaireux.

Cette dissection effectuée, les deux lèvres de l'incision se rétractent, la peau glabre, inférieure et antérieure vient au bord antérieur du greffon, dans la zone de la conque. Le bord supérieur, atteint le bord périphérique. S'il existe du cuir chevelu en excès, sur le greffon, il faut le réséquer.

La surface cruentée ainsi déterminée est alors recouverte d'une greffe dermo-épidermique d'épaisseur intermédiaire prélevée par exemple sur la cuisse, elle est suturée aux berges de la plaie, les fils étant laissés longs pour être noués sur bourdonnet, ce qui assure immobilisation et compression suffisante.

Il faut noter que l'on ne touche pas lors de ce temps au tube temporal superficiel.

Le troisième temps est consacré à la mise en place du tube.

On commence par sectionner son pédicule supérieur. A ce moment, il peut arriver que l'on soit obligé de faire l'hémotase de l'artère, restée perméable de bout en bout.

La greffe cutanée qui recouvre le greffon cartilagineux est à son tour incisée à l'union de ses faces postérieures et externe. De même le tube est incisé superficiellement tout le long de sa suture cutanée.

Il ne reste plus qu'à suturer lèvre à lèvre le tube en l'enroulant autour du néo-pavillon, l'extrémité primitivement supérieure du tube étant amenée au niveau du lobule.

Quatrième temps opératoire : Il reste à mettre en position satisfaisante le pédicule inférieur du tube temporal. Celui-ci, en effet, est un peu trop antérieur et une simple plastie en Z de transposition suffit à le mettre en bonne place. Ceci peut-être réalisé sans toucher aux vaisseaux temporaux.

Enfin, il est impossible de systématiser des temps complémentaires de nombre et de type variables pour effectuer différentes retouches, améliorer certains détails de structure.

Cette technique n'est pas toujours réalisable, car après des traumatismes très étendus de la région auriculo-mastoldienne le pédicule temporal superficiel peut avoir été détruit. Dans ce cas, on sera forcé de recourir au tube sus-claviculaire comme dans le procédé primitif de Pierce.

TECHNIQUE DE LA RECONSTRUCTION EN CAS D'APLASIE CONGENITALE

Le problème posé est ici, encore plus difficile que dans l'amputation traumatique, car nous l'avons vu, il s'agit d'une malformation complexe avec atteinte de l'organe de l'audition et absence de conduit, parfois paralysie faciale et même véritable hémiatrophie faciale.

Il est bien entendu que nous ne nous intéresserons ici qu'au seul problème du pavillon les autres atteintes dépassant le cadre que nous nous sommes imposé.

La majorité des auteurs semble d'accord pour commencer le traitement par la reconstruction du pavillon, le problème du méat étant résolu secondairement de même que le problème otologique.

Un des premiers soucis doit être de bien situer ce néo-pavillon et de le centrer sur l'emplacement du futur conduit.

Ultérieurement, on met en place le bourrelet pré-mastoïdien après dédoublement ce qui donne une saillie antéro-supérieure pour la racine de l'hélix, une saillie antéro-inférieure pour le lobule. M. Ombredanne inclut ensuite un implant sous-cutané en polystan donnant un certain relief à l'oreille. Ce type de reconstruction est relativement simple à réaliser, mais nous pensons pour avoir essayé d'autres méthodes dans ces cas que des résultats un peu meilleurs peuvent être obtenus.

La méthode de Pierce donne constamment des pavillons trop petits par insuffisance d'étoffe cutanée mais d'une forme déjà plus satisfaisante.

Nous avons ensuite appliqué à ces cas notre technique personnelle de lambeau temporal superficiel après inclusion d'un gros bloc de cartilage avec des résultats sensiblement améliorés. Un point nous a paru assez particulier, à l'aplasie congénitale, nous voulons parler d'une tendance à la résorption du cartilage et des téguments, quelles soient les précautions prises pour ame-

ner sur place le maximum de tissus. Nous savons bien que ces faits sont courants au cours des reconstructions de l'oreille mais au cours du traitement des aplasies ils sont plus fréquents et plus importants encore et ceci tout particulièrement quand il s'y associait une hémiatrophie faciale.

On pourrait se poser la question de l'existence d'un trouble trophique de toute l'hémiface intéressée.

AUTRES VARIANTES EVENTUELLES SELON L'ETIOLOGIE DES LESIONS

Les brûlures peuvent poser des problèmes particuliers car la peau peut être dans un état trophique si déplorable qu'il soit indispensable de la remplacer par une greffe. Par ailleurs l'artère temporale superficielle peut avoir été lésée de telle sorte qu'elle soit inutilisable, il faudra alors revenir aux tubes cervical ou sus-claviculaire selon les cas.

Les tumeurs malignes comportant l'ablation totale de l'organe devront attendre un délai suffisant de non récidence avant que l'on songe à la réparation. Outre cela, l'exérèse dépassera souvent les limites propres de l'organe comme dans toute chirurgie carcinologique et surtout les régions avoisinantes auront été délabrées par des curages ganglionnaires.

Dans la pratique, les tumeurs malignes de l'oreille sont rarement justiciables de la chirurgie reconstructive étant donné leur mauvais pronostic.

LA TECHNIQUE DITE DU PAVILLON PREFABRIQUE

Cette technique n'a, en réalité, été utilisée qu'une seule fois pour des raisons psychologiques précises, chez un malade qui exigeait qu'à aucun moment on ne pût le voir porteur de pansements ou de lambeaux cervico-faciaux, sauf, bien entendu, lors de la mise en place définitive de l'oreille où l'hospitalisation a été prolongée jusqu'à ce que le résultat soit considéré comme définitif.

Le principe est le suivant : on reconstitue entièrement le néo-pavillon dans la région thoracique, au cours de temps opératoires multiples comportant la mise en place d'un greffon cartilagineux épais, la confection d'un lambeau cylindrique mince pour reconstruire l'hélix. On n'a pas besoin de greffe cutanée mince car on dispose localement de toute la peau désirable.

Le pavillon étant totalement reconstruit, on le transfère alors en utilisant un lambeau cylindrique vecteur.

Ce procédé a le gros avantage de n'occuper la région faciale que trois semaines en tout, et de permettre un très gros apport local de tissus que rien ne vient limiter, ce qui est très intéressant si la réparation est faite pour un traumatisme détruisant largement la région péri-auriculaire.

LA RECONSTRUCTION PROTHETIQUE ET SES RAPPORTS AVEC LA CHIRURGIE

Nous citerons d'abord quelques tentatives où la prothèse est employée seule, sans la moindre participation chirurgicale.

L'oreille prothétique était fixée au crâne par un cordon, un bandeau, des lunettes.

Une association plus intéressante a été proposée : il s'agit d'attacher à des lunettes une prothèse auditive et une prothèse du pavillon, dans les aplasies.

En réalité, ces essais sont maintenant périmés, la surdité des aplasiques est maintenant justiciable d'interventions chirurgicales et d'autre part, quand l'exécution d'une prothèse a été décidée, les solutions proposées pour la fixation sont à la fois plus discrètes et plus efficaces.

On peut utiliser les moindres reliefs et dépressions de la région auriculaire, que ceux-ci soient naturels (conduit auditif externe), ou pathologique (tubercules pré-méatiques dans l'aplasie, reliquats cicatriciels du lobule). La face interne de la prothèse doit reproduire tous ces détails, par des moyens que nous n'avons pas à étudier ici, en les inversant et la prothèse doit y adhérer sans autre artifice, si la surface est rétentive, dans le cas contraire, par collage.

La plupart des procédés actuels associent chirurgie et prothèse, la chirurgie servant à placer un moyen de fixation dans la région auriculaire.

La technique la plus connue en France, est celle d'Ombredanne qui dérive de celle de Sauerbruch. Elle consiste à faire passer trois tunnels sous-cutanés épidermisés, un demi anneau métallique portant trois ou quatre boutons pressions auxquels correspondent des parties femelles fixées à la face interne de la prothèse, qui est ainsi solidement fixée et amovible à la fois.

En Allemagne, W. Bethmann a proposé de placer en

arrière du méat, au contact même du crâne, un implant métallique composé de deux parties solidaires. La partie sous-cutanée, crânienne, est sensiblement circulaire, un système d'empreintes prises aseptiquement, permet une adaptation parfaite des deux surfaces. En arrière du conduit, une barre métallique en forme de "T" se détache de la partie circulaire et c'est sur la barre horizontale de ce "T" que viendra se fixer la prothèse.

Notre maître Claude Dufourmental a décrit deux procédés originaux de fixation de prothèse auriculaire.

- le premier consiste à créer, dans la région auriculaire, une zone rétentive circulaire. On désépidermise une surface péri-méatique et on décolle largement les bords de cette surface. Celle-ci est ensuite recouverte d'une greffe de peau totale, qui doit, et c'est là le point important, recouvrir non seulement la surface cruentée, mais aussi les deux berges de la gouttière créée par le décollement sous-cutané, la greffe étant maintenue en place par une pastille de stents qui la fait pénétrer dans le décollement.

Après cicatrisation, il suffit de prendre une empreinte de la zone rétentive pour pouvoir y adapter la surface interne de la prothèse.

- le deuxième procédé comporte une tunnellisation sous-cutanée de la région rétro-méatique, réalisée par une greffe de peau mince, enroulée et cousue autour d'un morceau de stent's ou d'un rouleau de bulle gras. La cicatrisation effectuée, il existe alors un pertuis de direction verticale, apte à recevoir une sorte de crochet à concavité inférieure appartenant à la face interne de la prothèse et parfaitement rétentif.

L'inconvénient de ces deux procédés est que l'adaptation de la prothèse à la peau est imparfaite, elle applique insuffisamment sur les téguments et au bout d'un certain temps, peut même bailler, par contre la fixité est excellente.

Voici maintenant classées dans l'ordre chronologique, le résumé de quinze observations de reconstruction chirurgicale pure ou chirurgico-prothétique d'oreilles.

La liste des malades est présentée de telle sorte que l'on ait sous les yeux, l'âge à la première consultation, l'étiologie de la lésion, la technique appliquée pour le traitement.

G... Daniel	4 ans	Aplasie bilatérale	Pierce
G... Claude	32	Traumatisme	Pierce armé d'un fil métallique
M... Jacky	17	Polybrûlures	Prothèse fixé dans tunnel sous-cutané.
L... Jacques	8	Traumatisme	Grefte tubulée libre. (G.T.L.)
H... Abdallah	31	Traumatisme	Pavillon préfabriqué.
D... Louise	17	Traumatisme	Pierce
K... Robert	22	Aplasie	G.T.L.
V... Claudette	18	Traumatisme	G.T.L.
C... J.C.	18	Aplasie	Prothèse fixée dans un tunnel sous-cutané.
H... Stéphane	23	Traumatisme	G.T.L.
D... Alain	28	Traumatisme	Prothèse fixée dans un entonnoir cutané.
D... Patrick	16	Aplasie	G.T.L.
P... J.C.	13	Aplasie	G.T.L.
M... Serge	21	Aplasie	G.T.L.
B... Gerard	20	Traumatisme	G.T.L.

A la simple lecture de ce tableau, quelques remarques s'imposent, tout d'abord le jeune âge des consultants : il s'agit d'adolescents ou d'adultes jeunes. Ensuite leur sexe, sur 15 réparations demandées par des malades, il y a seulement deux femmes.

Enfin en ce qui concerne l'étiologie des lésions, on est frappé par la grosse prédominance des traumatismes (8, soit plus de la moitié), contre une seule destruction par brûlure et 6 aplasies.

La technique de réparation appliquée a été 8 fois la méthode personnelle du Docteur Dufourmentel, avec greffe libre tubulée, une seule fois la méthode dite du pavillon préfabriqué, 3 fois la méthode de Pierce. Enfin des prothèses ont du être réalisées 3 fois.

GE..... Daniel . né en 1946.

Agénésie bilatérale. Emploi de la technique de Pierce.

- 20-5-50, taille au niveau du CAE d'un petit lambeau à pédicule postérieur. Découverte de l'os. Aucun conduit, mais une simple dépression, on renonce à creuser un conduit sous anesthésie locale. On enlève par cette brèche cutanée, le cartilage atrophique que l'on enfouit par une autre incision, à l'endroit souhaité pour le contour du pavillon.

- 1-6-50, incision sur le petit lambeau du temps précédent, trépanation de l'os jusqu'à une cavité qui est celle de l'oreille moyenne; taille dans la région temporale postérieure d'un lambeau à convexité postéro-supérieure, représentant le futur pavillon de l'oreille et contenant le fragment de cartilage placé au temps précédent. Prélèvement sur la cuisse d'un greffon de 3/10 et pose de ce greffon pour tapisser le néo CAE, la face interne du néo-pavillon et la face interne cruentée du crâne.

Création dans la zone sus-claviculaire d'un lambeau tubulé.

- 15-6-50, prélèvement d'un greffon costal. Taille et dédoublement du greffon pour obtenir deux greffons symétriques. Incision dans la région temporo-mastofdiennne gauche, dissection et mise en place d'un des greffons.

A droite idem.

- le 29-6-50, section du pédicule antérieur du lambeau cylindrique cervical G. et suture en un point sus-jacent du cou. Transposition en arrière du lobule.

- 24-8-60, à droite, décollement de la partie moyenne du pavillon et mise en place d'une greffe en feuillet de livre. Section du pédicule inférieur du tube et mise en place au niveau de la région mastofdiennne.

- le 16-9-50, à droite, enroulement du tube au niveau du futur hélix à gauche, décollement du pavillon et greffe cutanée.
- le 28-6-51, création du côté gauche d'un CAE, greffe.
- le 19-7-51, création d'un lambeau tubulé sus-claviculaire D.
- le 2-8-51, creusement de la conque du côté droit.
- le 24-11-51, mise en place du lambeau tubulé du côté droit.

Résultat assez bon.

GU..... Claude, 32 ans

Traumatisme. Amputation des 3/4 postéro-supérieurs du pavillon.

- 27-9-51, incision du cuir chevelu sus-auriculaire. Inclusion d'un greffon homogène osseux après rugination de l'os.

- le 15-11-51, préparation de la partie inférieure du lambeau destiné à reconstituer le pavillon.

- le 13-12-51, incision arciforme circonscrivant ce lambeau et greffe en feuillet de livre de ce lambeau et de la surface crânienne cruentée.

- le 22-12-51, introduction d'un fil de vitallium tuteur, dans le néo-pavillon.

- revient le 19-2-53, issu d'un fil métallique armant l'hélix. Section de ce qui dépasse dans l'espoir de voir se produire la cicatrisation spontanée. Ce qui a été constaté ultérieurement d'ailleurs.

Bon résultat, mais donnant une oreille un peu trop petite sans racine antérieure de l'hélix.

MO.... Jacky, né en 1937

Brûlures multiples de la face et des mains, datant de l'enfance.

Plusieurs greffes sont d'abord faites sur le crâne et la région auriculaire; afin de préparer la région à une reconstruction d'oreille.

- le 30-4-54,

1) Prélèvement d'un greffon sur la cuisse gauche, au dermatome de Padgett.

2) Mise en place de deux mandrins préparés par le Docteur Pillet et entourés d'un fragment de greffon, face cruentée en dehors, ces mandrins et ces greffons étant destinés à créer les

turnels devant recevoir la partie fixe de la prothèse auriculaire.

Résultat assez médiocre à cause des séquelles cicatricielles très importantes de toute la région.

LA.... Jacques, 8 ans

- 4-5-56, intervention d'urgence la nuit. Accident 2 heures avant.

Vaste plaie de la région crânio-faciale G. qui dessine un lambeau dont la périphérie est formée par une plaie commençant dans la région jugale, remontant en arc de cercle au-dessus de l'oreille, redescendant derrière la mastoïde jusqu'à la nuque pour se recourber en avant sur quelques centimètres à 2 travers de doigts au-dessous du plan du lobule. Ce vaste lambeau est complètement décollé à sa face profonde et présente un pédicule cervical relativement étroit.

En outre, une section horizontale partant de l'extrémité antérieure de l'hélix et regagnant l'extrémité antérieure de la 1^o plaie, détermine un 2^o lambeau branché sur le 1^o, dont le pédicule est également extrêmement étroit. A la face profonde de ce lambeau, le CAE est sectionné dans sa portion cartilagineuse. Mastoïde fracturée nombreuses esquilles plus ou moins adhérentes au tendon du sterno.

Une deuxième section du C.A.E. est découverte à la jonction des portions osseuses et cartilagineuses. En profondeur tympan et rocher paraissent intacts, sans qu'on puisse l'affirmer absolument.

Parage suture du lambeau en place, suture du CAE qui est calibré par un drain n° 20. Après remise en place de l'ensemble, l'oreille est légèrement cyanosée, mais paraît suffisamment vascularisée. Par contre un lambeau secondaire apparaît blanc et sans circulation. Compression pour essayer de le faire prendre comme une greffe.

- 17-5-56, lambeau principal pris, lambeau secondaire nécrosé, zone de sphacèle limitée au niveau de l'hélix. CAE paraît perméable.

- 24-5-56, l'hélix apparaît nettement nécrosé. Rétrécissement du CAE.

- 26-9-56, prise de greffe rétro-auriculaire de peau totale à droite. Avivement de la plaie à pré-auriculaire et mise en place d'une partie du greffon. Incision le long du bord libre du pavillon mutilé. Écartement des deux lèvres et mise en place du greffon de peau totale. Suture, bourdonnet.

- 4-10-56, échec apparent de la greffe prétragienne

- 16-4-59, bonne cicatrisation, disparition de l'hélix en totalité.

- 27-4-59, greffe libre tubule temporale pour reconstitution de l'hélix. Taille d'un petit volet à charnière postérieure, découvrant le trajet du pédicule

Dissection de la face profonde de ce volet au ras de la peau, libération du PTS. Enroulement d'une greffe libre mince et suture continue, rabattement du volet à la face profonde du lambeau recouvrant la plaie de prélèvement. Suture.

- 4-5-59, greffe tubulée prise à 100 pour 100.

- 1-6-59, section du pédicule supérieur du lambeau.

Incision purement cutanée longitudinale le long de la cicatrice initiale. Incision du bord libre du pavillon. Mise en place du lambeau qui est suturé, chacune de ses lèvres à celle de l'incision auriculaire.

- 20-7-59, Section du pédicule primitivement inférieur du lambeau. Incision longitudinale de la partie qui n'a pas encore été mise en place. Incision du pavillon là où on désire la racine antérieure de l'hélix et suture à ce niveau. Résection à grand axe horizontal de la peau cicatricielle pré-auriculaire.

- 17-9-59, bon état mais extrémité du lambeau désunie.

- 30-10-59, réinsertion du nouvel hélix.

- 14-12-59, état satisfaisant.

Très bon résultat.

HA.... Abdallah, 31 ans

1/2 supérieure du pavillon de l'oreille sectionnée par une bouteille cassée.

Technique dite du pavillon préfabriqué.

1°) Prélèvement d'un greffon cartilagineux sur le rebord costal gauche. Taille dans la région du sein gauche d'un lambeau bipédiculé mince, que l'on tubule pour former ultérieurement l'hélix. Mise en place du greffon cartilagineux sous la peau thoracique gauche qui sera destiné à reconstituer le pavillon.

2°) Trois semaines après, création d'un lambeau cylindrique pectoral. Suture de la plaie de prélèvement, allongement du premier petit lambeau créé pour reconstitution de l'hélix.

3°) Deux semaines plus tard, section du pédicule inférieur du petit lambeau cylindrique destiné à reformer l'hélix.

Incision tout le long de la cicatrice longitudinale, Incision purement cutanée à l'endroit où doit se trouver le bord libre du néo-pavillon. Le néo-hélix est suturé aux lèvres de cette incision.

On prolonge vers le bas l'incision interne du lambeau vecteur, de façon à commencer la libération de l'extrémité distale qui comportera la nouvelle oreille.

4°) Quinze jours plus tard, on incise le versant externe de la partie qui devra être transplantée et on décolle sous le greffon cartilagineux.

5°) Quinze jours plus tard, taille définitive de l'extrémité du lambeau. Après avoir fait pivoter celui-ci autour de sa charnière et après avivement de la région auriculaire gauche, on peut suturer le lambeau à sa nouvelle place. La plaie thoracique est suturée.

Immobilisation plâtrée, la tête inclinée vers la gauche.

6°) L'extrémité du lambeau destiné à la plastie auriculaire est suturé à la peau auriculaire et mastoïdienne, sans chercher de modelage. La partie proximale du lambeau est déroulée et remise en place dans la région pectorale après ouverture de la cicatrice.

(Trois semaines plus tard)

7°) Deux semaines plus tard, et 4 semaines, sont exécutées quelques retouches de détail, mais surtout une plastie en Z sur l'extrémité antérieure du néo-hélix pour le mettre en meilleure position et diminuer le volume extérieur du néo-pavillon.

Interventions entre Octobre 56 et Mars 57.

Bon résultat.

DE... Louise, 17 ans

Destruction totale du pavillon, dans un accident de la voie publique le 18-6-55. Il ne subsiste que le tragus qui est tatoué, et le lobule.

1°) Prélèvement d'un greffon de cartilage costal, et mise en place au niveau du futur pavillon. Simultanément, préparation d'un lambeau cylindrique sur la base du cou, du côté droit, pour la réfection de l'hélix.

2°) Deux mois et demi plus tard, une incision cutanée est faite à la limite du moignon résiduel, puis on fait un décollement des berges, de façon à rester superficiel et à dégager le bloc de cartilage, mais en lui conservant un revêtement de tissu

cellulaire bien vascularisé sur sa face superficielle.

Un greffon cutané est prélevé sur la fesse droite au dermatome de Padgett, puis mis en place sur la zone cruentée qui est recouverte en déterminant trois volets successifs : le premier tapissant la région mastoïdienne, le deuxième après réflexion dans le sillon rétro-auriculaire recouvrant la face interne du pavillon, le troisième après réflexion sur le bord libre du pavillon, tapissant la face externe de celui-ci. La greffe est suturée.

Dans le même temps, section de l'extrémité antérieure du tube cervical et implantation de celle-ci dans le voisinage de la pointe de la mastoïde.

3°) Deux mois après le temps précédent, le pédicule inférieur du lambeau est sectionné et fixé à l'extrémité antérieure du futur anthélix; le lambeau lui-même est incisé longitudinalement et suturé berge à berge, avec une incision correspondante située à la périphérie du néo-pavillon.

Un peu plus tard, quelques petites retouches ont été nécessaires pour diminuer le volume de l'hélix, trop épais.

Interventions entre décembre 56 et février 57.

Cette observation est une application de la technique originale de Pierce et les résultats en sont très satisfaisants à ceci près que l'hélix est un peu épais et qu'il existe une cicatrice cervicale due à la construction du lambeau tubulé.

Bon résultat.

KL..... Robert, 22 ans

Malade porteur d'une aplasie de l'oreille droite pouvant être liée à une mastoïdite de l'enfance qui a été opérée, avec cicatrice rétro-auriculaire.

En outre, asymétrie faciale avec latérogathie droite. L'aplasie n'est pas globale mais prédomine sur la partie supérieure du pavillon.

- Les premiers temps consistent à décoller le pavillon aplasique par des lambeaux rétro-auriculaires, armé après cicatrization d'une auto greffe de cartilage costal, taillée en forme de croissant et mise en double épaisseur.

A la suite de ces interventions, l'oreille a une forme satisfaisante, mais il manque encore la partie antérieure de l'hélix pour laquelle on décide de recourir au procédé de la greffe libre tubulée. C'est pour cette raison précise que cette reconstruction partielle est publiée ici.

Le pédicule temporal superficiel est isolé avec la galéa, entouré par une greffe de 2/10 d'épaisseur prélevée sur la cuisse droite. La zone sous-jacente au pédicule est rapprochée et suturée.

- Quatre mois plus tard, section du pédicule supérieur du tube qui est longitudinalement et suturé à la partie supérieure de l'hélix.

- Un mois après, section du pédicule temporal inférieur, le tube est ouvert suivant son axe et suturé bord à bord aux deux lèvres d'une incision prétragienne.

Interventions entre octobre 57 et mars 1959.

Résultat satisfaisant.

VA.... Claudette, née le 11-2-40

Arrachement de l'oreille à l'âge de 9 ans, par morsure de chien. Il ne persiste que la partie tout inférieure du pavillon. (lobule)

Venue à la consultation de St. Louis, en 1958..

Interventions entre juillet 58 et juillet 59.

1°) Prélèvement dans le même temps d'un gros bloc de cartilage costal et au même endroit d'une greffe de peau totale. Puis mise en place du greffon, par une incision passant à la limite du cuir chevelu; suture.

Libération du pédicule temporal superficiel, et habillage par la greffe cutanée cousue en cylindre autour du pédicule

2°) Dix semaines plus tard, le lobule est remis en place par une plastie en Z.

Réincision cutanée dans la cicatrice mastoïdienne, puis dissection sous-cutanée de chaque lèvre en ayant soin de laisser du tissu vascularisé sur la face superficielle du greffon.

Un petit greffon de peau totale est prélevé dans la région inguinale et suturé aux lèvres de l'incision mastoïdienne, après écartement de celles-ci.

3°) Incision périphérique du néo-pavillon et de l'extrémité supérieure du lobule. Mise en place du lambeau cylindrique en suturant chacune de ses lèvres aux berges de l'incision précédente et son extrémité au lobule. (six semaines après)

4°) Transposition en arrière de la partie antéro-supérieure du néo-hélix par une plastie en Z. (Quinze jours après).

A plusieurs mois d'intervalle, plusieurs retouches sont effectuées pour creuser un sillon rétro-auriculaire, par résection de cartilage et suture des téguments sur la face postérieure du néo-pavillon.

Résultat très satisfaisant, hélix un peu épais.

CH..... Jean-Claude, 18 ans

Aplasie avec malformations associées. Le 15-5-59.

1°) L'orifice situé en dessous du reliquat de pavillon mène dans une cavité tapissée d'un revêtement tégumentaire normal à grand axe vertical.

On pratique une ouverture au pôle supérieur de cette cavité et on ourle la peau au revêtement cutané profond.

2°) Au-dessus et un peu en avant de la précédente cavité, on pratique un tunnel sous-cutané et sous-aponévrotique que l'on tapisse d'une greffe de peau totale, prélevée sur l'abdomen. Un drain est introduit dans le tunnel.

Suture de la greffe au pourtour des deux orifices.

Fermeture de la plaie abdominale par suture directe. La prothèse est tenue par un crochet faisant corps avec elle, dirigé vers le bas, s'engageant dans un orifice délimité par la peau de la région auriculaire et un lambeau tubulé bipédiculé à axe horizontal formant pont sur la région.

Dans le cas particulier, la prothèse n'est pas une réussite, trop grande, trop basse, trop saillante et de couleur pas tout à fait appropriée.

Une deuxième prothèse a été faite, bien supérieure à la première.

HA.... Stéphane, 23 ans

Le 10-5-60, accident d'auto le 18-4-60, arrachement total de l'oreille gauche.

1° temps - 1°) on prélève le greffon cartilagineux sur le rebord costal

2°) une greffe de 3/10 cuisse gauche.

3°) suture de cette greffe autour du PTS.

4°) création dans la région auriculaire d'une loge ouest introduite, le cartilage préalablement taillé et mis en deux épaisseurs cousues par du nylon. Maintien par bourdonnet. Un autre fragment cartilagineux est mis en place à la partie basse du pavillon et du lobule. Bourdonnet.

2° temps - Le 17-10-60.

1°) incision à la limite chevelue sur la saillie du greffon cartilagineux, parallèlement implanté. Dissection à la face profonde de la peau en laissant une couche cellulo vasculaire sur le greffon cartilagineux.

2°) Section du pédicule supérieur, du lambeau supérieur. Suture de ce lambeau préalablement incisé sur toute sa longueur, à la lèvre périphérique de la première incision cutanée, tout le long de ce qui sera le bord périphérique du néo-pavillon.

3°) Greffe de 3/10 prélevée sur la cuisse droite.

4°) Mise en place du greffon sur la face superficielle du néo-pavillon, dans l'écartement des lèvres de la plaie résultant de l'incision transversale du rétrécissement qui obstruait l'entrée du conduit auditif externe, points périphériques pour immobiliser bourdonnets postérieurs compressifs

3° temps - Le 14-11-60.

- Section du pédicule temp. du lambeau. Ouverture et dissection du pédicule artério-veineux qui est conservé et enfoui sous la peau temporale. L'extrémité du lambeau est enroulée pour former la racine antérieure de l'hélix, au pôle inférieur du nouveau pavillon. On reconstruit un lobule par plicature du petit lambeau postérieur.

- Le 5-12-60. Incision rétro-auriculaire. Décollement du néo-pavillon; en passant entre mastoïde et greffon cartilagineux. Ablation d'un peu de cartilage au niveau du bord postérieur du néo-pavillon. Ce cartilage est utilisé à la face profonde du greffon pour maintenir l'écartement de l'oreille reconstruite. Un greffon de 3/10 est appliqué en angle dièdre dans l'écartement de l'incision rétro-auriculaire. Quelques points d'appui sur bourdonnets.

4° temps - Le 7-2-61.

1°) Incision cutanée de la partie externe du pavillon de l'oreille le long du siège désiré pour l'anthélix. Dissection de la peau de façon à créer un lambeau pédiculé en avant vers le CAE.

2°) Les tissus mous, immédiatement sous-jacents, sont à leur tour disséqués en un lambeau pédiculé en arrière.

3°) Résection du cartilage et du tissu musculaire situé sous ces deux lambeaux, de façon à créer une excavation profonde pour recréer une conque

4°) Correction de l'atrésie du CAE par section de l'anneau cicatriciel en haut et en bas, et comblement de l'écartement de ces incisions par un lambeau triangulaire pour chacun, fixé en avant du CAE. Suture de ces lambeaux et de leur prélèvement

à la soie fine.

5°) Diminution de la surface du lambeau cutané pour éviter son sphacèle, étant donné le faible pédicule restant, puis application au fond de la conque.

6°) Le reste de la surface cruentée se trouve tapissée par le lambeau de partie molle. On recouvre alors cette surface par une greffe libre de 3/10 cuisse gauche.

21-3-61, bon résultat. Il y aura peut être, plus tard, à refaire le lobule qui s'est beaucoup rétracté.

Résultats : excellents, un des meilleurs de la méthode. A noter la très grande longueur du tube. L'aspect en est parfait. De même pour couleur, dimension, symétrie.

DU.... Alain, 28 ans

13.6.61 accident auto il y a 3 semaines : arrachement du pavillon.

Le 19.6.61,

1°) Prise peau totale fosse iliaque, rapprochement, suture.

2°) Excision bourgeon charnu et peau cicatricielle région auriculaire.

3°) Creusement sous les berges de cette zone cruentée en décollant la peau

4°) Mise en place du greffon de façon à ce qu'il déborde dans la gorge périphérique, se repliant sur lui-même, pour tapisser la face superficielle de cette gorge. Suture par points en U au fond de la gorge. Quelques points d'affrontement à la périphérie. Deux plaques de polystan sont introduites dans la gorge pour la maintenir. bourdonnet postérieur compressif

17-10-61.

Cicatrisation complète. Sillon périphérique comblé partiellement en arrière et complètement en bas. CAE très atrésique à son entrée.

Le 27-10-61.

Autoplastie de voisinage pour agrandie le CAE; nouvelle greffe de peau totale pour reformer une gorge périphérique après recréation de celle-ci par dissection et excision. Greffe placée en feuillet de livre, face cruentée en dehors, suture le long de ses bords libres et au niveau de son angle dièdre, au fond de la gorge par des points noués sur bourdonnet, un petit matelas de tissu mou est introduit dans la gorge et maintenu par les fils de la suture superficielle conservés.

27-2-62.

Prothèse terminée, sè fixe bien

Excellent résultat

Cependant le coloris est fixe alors que la coloration du visage varie.

DU.... Patrick, 16 ans

Agénésie congénitale du pavillon de l'oreille droite. Il existe seulement un moignon d'oreille avec squelette cartilagineux, inutilisable pour une reconstruction plastique. Le méat existe normalement situé.

1° temps - Le 2-7-61.

Constitution d'un socle cartilagineux.

Mise en place sous la peau mastoïdienne d'un greffon cartilagineux prélevé au niveau du rebord costal et disposé en deux plans, de façon d'une part à reconstituer le squelette du pavillon, d'autre part, à maintenir écartelé le nouveau pavillon du plan mastoïdien.

2° temps - Le 22-7-61.

Préparation du futur hélix. Isolement de l'artère temporale superficielle qui est entourée d'un greffon de 3/10 de mm, prélevé sur la cuisse droite.

3° temps - le 18-10-61.

Enroulement du néo-hélix, séparé à son attache supérieure et fendu sur toute sa longueur.

4° temps - Le 7-11-61.

Section de l'attache inférieure et reconstitution de la racine antérieure de l'hélix.

5° temps - Le 1-12-61.

a) Création d'un nouveau sillon rétro-auriculaire.

b) Préparation du futur lobule par taille d'un lambeau à pédicule antéro-supérieur replié sur lui-même.

6° temps - Le 12-12-61.

a) Creusement de la conque, permettant en outre de marquer l'anthélix.

b) Ajustement du néo-lobule à l'hélix néo-formé.

7° temps - Le 23-1-62.

Approfondissement du sillon rétro-auriculaire tapissé par la peau rétro-auriculaire, dans sa portion externe, et par une greffe libre de 3/10 de mm, dans sa portion mastoïdienne.

8^o temps - Le 19-4-62.

Taille dans la région de la conque où le tissu cutané est en excédent d'un lambeau triangulaire à base inférieure; il est basculé en arrière et vient combler une incision pratiquée entre l'hélix reconstruit et le lobule.

Le 15-11-62. Retouches : exérèse de tissus de mauvaise qualité de la conque et de la face superficielle du pavillon, et de tissu chéloïdien sous le lobule, mise en place, sur les zones cruentées, d'une greffe de peau totale prise sur l'abdomen.

Le 13-12-62. Retouche pour améliorer l'emplacement de l'hélix.

Importante tendance à la résorption. Résultat moyen.

Pl..... Jean-Claude, né en 1945

Aplasie congénitale.

- Le 23-6-50. Prélèvement d'un greffon costal : incision arciforme au niveau de la convexité prévue du pavillon. Mise en place du greffon préalablement taillé.

- Le 11-7-50. Reprise de l'ancienne incision; Décollement du lambeau avec le cartilage. Greffe en feuillet de livre dans l'angle dièdre.

- Le 11-8-50. Création d'un conduit auditif externe.

- Le 3-6-52. Accentuation du décollement du pavillon et nouvelle greffe en feuillet de livre.

Plusieurs années après, l'enfant est revenu à St. Louis et l'on décide d'améliorer le résultat, en créant un néo-hélix par la méthode de la greffe libre tubulée.

- 1^o intervention le 6-7-61.

Préparation d'un tube temporal superficiel.

- 2^o intervention le 27-7-61.

Réfection de l'hélix à l'aide de ce tube.

- 3^o temps le 12-7-62.

a) incision du néo-pavillon le long de la ligne distale pour créer un anthélix.

b) ablation du tissu cellulaire fibreux et d'une partie du greffon cartilagineux sous la lèvre antérieure de l'incision, de façon à créer une cavité correspondant à la conque.

c) Le fragment de greffon cartilagineux est réintroduit superficiellement sous la lèvre de l'incision, de façon à augmenter la saillie de l'anthélix. Fixation par deux points de catgut.

d) Ablation en avant et au-dessous du tragus, d'un reliquat d'enchondrome congénital et suture de la plaie qui en résulte.

e) Après ablation de la peau du fragment retiré précédemment, on réintroduit celui-ci dans la partie supérieure du lobule qui est déprimée.

f) Suture de l'incision principale à la soie et bourdonnet pour maintien de la dépression de la conque.

Résultat très satisfaisant, cependant pavillon un peu plus petit que côté opposé.

MO..... Serge, 21 ans

Aplasie congénitale avec malformations faciales associées

L'examen montre :

1°) au niveau de l'oreille droite, une très forte microtie (1/3 de la normale environ), avec une implantation très basse.

2°) une hémiatrophie faciale droite portant sur les deux maxillaires, la langue, le front. L'orifice buccal lui-même est asymétrique et l'occlusion dentaire est anormale. récents, très exactement depuis un an.

Dans les antécédents récents, très exactement depuis un an, on retrouve plusieurs épisodes de perte de connaissance brutale avec chute et convulsions, mais sans morsure de la langue et sans perte des urines. L'amnésie de la crise est totale. L'examen du fond de l'oeil est normal, ainsi que le tracé électro-encéphalographique et l'examen neurologique, mis à part.

3°) un strabisme convergent, une paralysie faciale périphérique droite avec signe de Charles Bell.

4°) Il semble enfin que ce malade soit né d'une grossesse pathologique avec Hydramnios.

- 1° temps. Le 18-10-61.

a) incision verticale de la partie supérieure du pavillon de l'oreille atrophique. Ecartement des deux moignons et fixation de l'extrémité antérieure, verticalement à la place de la racine de l'hélix; de l'extrémité postérieure, horizontalement de façon à reconstituer la partie inférieure du pavillon et le lobule.

b) préparation du pédicule temporal superficiel selon la technique habituelle.

- 2° temps. Un mois plus tard.

Un greffon cartilagineux est prélevé sur le rebord costal gauche, taillé de façon à réparer la moitié supérieure du pavillon. Deux fragments de greffon sont appliqués à la face profonde du premier fragment et maintenus par un fil de nylon, de façon à tenir le néo-pavillon écarté du plan mastoïdien, dans ses parties postérieures et supérieures.

Incision à la jonction du pavillon sectionné et de la peau mastoïdienne, création d'une loge sous le cuir chevelu. Mise en place du greffon, suture cutanée à la soie.

- 3° temps. Deux mois après le temps précédent.

Incision à la périphérie du greffon cartilagineux préalablement placé, celui-ci s'est malheureusement considérablement résorbé. Extériorisation de tout ce qu'il en reste avec son atmosphère cellulo-vasculaire. On habille ce greffon avec une greffe dermo-épidermique de 3/10, prélevée sur la cuisse droite. Pansement habituel.

- 4° temps. Un mois environ plus tard.

La partie supérieure du pavillon, déjà réparée par greffe cartilagineuse et cutanée, s'est considérablement rétrécie, avec résorption presque totale du cartilage greffé; aussi décide-t-on, d'apporter une importante étoffe cutanée par lambeau autoplastique.

a) ablation de la peau de mauvaise qualité qui recouvre la moitié supérieure du pavillon. Modelage, dans la mesure du possible, de ce qui reste de cartilage greffé.

b) taille d'un lambeau cervical latéral, à pédicule mastoïdien.

c) bascule de ce lambeau, dont l'extrémité primitivement inférieure, vient recouvrir la partie demandée en premier lieu. Suture.

d) fermeture de la plaie de prélèvement par rapprochement et suture.

- 5° temps. Six semaines après ce dernier temps.

section du pédicule primitivement supérieur du lambeau cervical et mise en place en le modelant, de façon à simuler la partie du pavillon de l'oreille.

- 6° temps. Douze jours plus tard.

on sectionne le pédicule supérieur du lambeau tubulé temporal superficiel. Ensuite on pratique deux incisions, l'une longitudinale du tube, l'autre au bord périphérique du néo-pavillon, que l'on suture bord à bord.

- 7° temps. Six mois après.

Le malade subit plusieurs retouches.

a) ajustement de l'extrémité du néo-anthélix.

b) tarsorrhaphie Mac Laughkin de la commissure palpébrale externe droite.

c) correction de la macrostomie droite par avivement des deux berges de la commissure labiale.

Suture à la soie de la muqueuse, au catgut du plan musculaire. Plastie en Z sur le plan cutané.

En conclusion : nette amélioration, mais dans l'ensemble résultat imparfait par la tendance considérable à la résorption des tissus transplantés: peau, graisse et cartilage.

BA.... Gérard, 20 ans

Le 16-2-60. 1° consultation.

Accident d'auto le 26-6-59, amputation des 3/4 du pavillon (section par la tôle de la carrosserie vraisemblablement).

Plan opératoire :

1°) greffe cartilagineuse pour reconstruction des 2/3 supérieurs de l'oreille.

2°) ajustement de la tranche de section auriculaire à la peau mastoïdienne.

3°) préparation de la greffe libre tubulée.

Le 6-11-61.

- 1°) prélèvement rebord costal gauche, greffon cartilagineux.

- 2°) prélèvement cuisse droite, greffe 3/10.

- 3°) incision du bord cicatriciel du moignon du pavillon et incision horizontale de la peau mastoïdienne, au même niveau que la précédente incision. Création d'une loge sous le versant supérieur de cette incision. Création d'une loge sous le versant de cette incision.

- 4°) dissection du pédicule temporal supérieur, mise en place greffe libre tubulée. Suture cuir chevelu.

- 5°) mise en place cartilage dans loge mastoïdienne. Après avoir modelé le greffon et mis deux épaisseurs pour écarter du plan osseux le bord post. supérieur de ce greffon. Fermeture cutanée en solidarissant le moignon auriculaire à l'incision mastoïdienne postérieur compressif ?

Le 18-12-61.

1°) incision bord périphérique néo-pavillon. Dissection sous cutanée pour extérioriser greffon cartilagineux, mais en conservant la couche cellulo vasculaire l'enrobant.

2°) prise greffe 3/10 sur cuisse droite.

3°) mise greffon peau sur greffon cartilagineux ainsi exposé. Suture péni thrombase bourdonnet

Le 27-12-61.

Section pédicule supérieur GLT.

Mise en place greffe libre tubulée lèvre à lèvre autour néo-pavillon. Excision cicatrice cuir chevelu.

Le 29-1-62.

Section pédicule inférieur GLT, mais en conservant l'axe artério-veineux. Mise en place de ce pédicule dans une incision verticale suivant trajet normal de la racine antérieure de l'hélix. Enfouissement sous une incision oblique du PTS
Creusement de la conque par résection de tissu cartilagineux et cicatriciel, maintien de la concavité par fil transfixiant, noué sur bourdonnet de la conque au sillon rétro-auriculaire.

Le 3-5-62.

Bon état. Persiste un sillon entre partie reconstruite et partie restante de l'oreille à exciser par un Z éventuellement.

En résumé, reconstruction très démonstrative de type subtotal, couleur, dimension et symétrie très correctes, pas de cicatrices, seul persiste un sillon entre les deux parties de la nouvelle oreille.

- CONCLUSIONS GENERALES -

Après cette étude longue mais non exhaustive de l'otoplastie totale, quelques faits s'imposent à l'esprit. Tout d'abord cette intervention est passée dans la pratique chirurgicale de façon relativement récente : un peu moins d'un siècle, contrairement à la rhinoplastie totale, dont l'apparition semble beaucoup plus ancienne. Ce fait semble pouvoir s'expliquer par le caractère de plus grande difficulté technique de l'otoplastie, qui fait appel aux toutes dernières données de la chirurgie plastique : implants de corps étrangers ou greffes de cartilage, d'os ou de peau.

Cette évolution se retrouve d'ailleurs dans la succession des techniques de reconstruction, les succès ayant fait leur apparition, que quand certains principes fondamentaux furent admis entre 1925 et 1930, après les travaux de JOSEPH et de PIERCE.

a) nécessité d'une étoffe cutanée surabondante, d'où la nécessité de faire appel à des greffes en supplément des lambeaux locaux.

b) caractère indispensable de l'armature solide, en l'absence de laquelle l'évolution se fait inéluctablement vers la rétraction du néo-pavillon.

c) utilisation pour l'hélix des tubes pédiculés dont la connaissance remontait déjà à une dizaine d'années (Filatov, Gillies).

Mais ces principes admis, des perfectionnements n'en cessèrent pas moins d'apparaître, et tout particulièrement la description par notre maître Claude Dufourmentel, de la greffe tubulée libre, axée sur le paquet vasculaire temporal superficiel, qui a le double avantage d'éviter une cicatrice supplémentaire dans la région cervicale, et de procurer un hélix mince et extrêmement long, qualités inappréciables dans cette chirurgie à visées uniquement morphologiques.

D'autres techniques originales ont d'ailleurs été décrites par le même auteur, répondant à des indications plus particulières, la technique dite du "pavillon préfabriqué", et deux méthodes nouvelles de fixation de prothèse.

L'étude des observations de malades, permet de faire le point des indications et des résultats de ces différentes méthodes.

Dans l'ensemble, l'amputation traumatique réalise l'indication la plus fréquente et aussi la meilleure, pour de multiples raisons. Elle est plus souvent rencontrée chez des hommes, donc plus visible, elle est le plus souvent isolée, donc les conditions de la reconstruction sont ici les plus favorables et les résultats sont sans contredit, les plus favorables que l'on puisse obtenir.

L'aplasie congénitale ne permet malheureusement pas d'être aussi optimiste. Cette lésion en effet assez fréquente elle aussi, se prête beaucoup moins aisément à la chirurgie reconstructrice; malformations associées multiples, véritable trouble de la trophicité régionale amenant la résorption des greffes, troubles otologiques, font que le résultat ne saurait être aussi bon que dans les traumatismes.

Les brûlures et les autres lésions, réalisent des conditions extrêmement variables d'un malade à l'autre et, indications et résultats, oscillent entre les deux extrêmes déjà envisagés.

Quelques points particuliers peuvent modifier les indications à un sujet pressé, à un sujet revendicateur, il faudra sans aucun doute proposer la prothèse. A un sujet, au contraire, sensibilisé à l'idée du postiche, il faudra pousser au maximum les indications de la chirurgie.

La technique du "pavillon préfabriqué", répondra à deux exigences particulières, soit malade demandant à n'être jamais vu porteur de pansement visible, ou téguments cervico céphaliques absolument inutilisables.

En 1963, on est donc loin du pessimisme qui faisait dire à certains plasticiens que, devant une ototie, il n'était qu'une attitude raisonnable, l'abstention chirurgicale et la confection d'une prothèse. On ne saurait mieux répondre aux détracteurs de l'otoplastie qu'en comparant, non pas des documents photographiques dénués de vie, mais deux malades porteurs, l'un d'une oreille chirurgicale, l'autre d'une prothèse, et que l'on sera bien forcé d'admettre que, si la prothèse examinée isolément est parfaite, malheureusement n'importe quel médecin et ce qui est plus grave, n'importe qui, pourra dire quel malade en est porteur, alors que l'oreille chirurgicale sûrement moins réussie du point de vue morphologique, n'aura pas ce caractère affichant et pénible du postiche.

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Professeur DECHAUME

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

AUBRY et PILLET.

Prothèse externe pour aplasie de l'oreille. Présentation de pièces de prothèses.

Annales oto. Laryng. août - sept. 53, 70, n° 8-9, 549.

AUFFRICHT G.

Reconstruction de l'oreille externe.

PRS. juillet 47.

BACKDAHL¹, CONSIGLIO et FALCONER.

Reconstruction of the external ear with the use of maternal cartilage.

Brit. Journ. Plast. surg. 1954, 7, 263, 273.

BACKUS L.H.

La reconstruction de l'oreille à l'aide de ménisques du genou conservés à basse température; rapport préliminaire.

J. Intern. Coll. of surgeons. oct. 54, 22, n° 4, 473 - 476.

BANKOFF G.

Chirurgie plastique.

Medical Fabrication édit. Londres 1948.

BARSKY A.J.

Principes et pratique de chirurgie plastique.

William et Wilkins, édit. Baltimore 1950.

BETHMANN, W.

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. 1.6.60.

Implantation d'un soutien métallique pour prothèse auriculaire.

BETTMAN A.

Total Reconstruction of External Ear.

Original technique. (Revue de Chir. Plast. mai 34)

BLAKE E. H.

Prefabricated autogenous ear cartilages.

Brit. J. Plast. Surg. 1949, 1, 220.

BROWN A. M.

Congenital bilateral ear atresia. Correction with plastic surgery and prosthesis.

P.R.S. 1951, 7, 327, 332.

BROWN J. B. et coll.

Surgical substitutions for losses of the external ear : simplified local flap method of reconstruction.

Surg. Gynec. and Obst. 1947, 84 ; 192 - 196.

BYARS L. T. et DE MERE M.

Restoration of the missing ear.

P.R.S. 1950, 5, 66 - 74.

BERNDORFER A.

La psychologie dans la plastie auriculaire.

Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngologie
3 - 3-6-8.

COCHERIL.

Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille.

Thèse Paris 1894.

CONVERSE J. M.

Reconstruction of the external ear by prefabricated framework of refrigerated bone and cartilage.

P.R.S. 1950, 5, 148 - 156.

CONVERSE J. M.

Problème de la malformation auriculaire. Reconstruction de l'oreille externe dans la microtie congénitale.

Rapports à la Sté Américaine d'ORL et d'ophtalmologie
nov - déc. 60.

CONWAY H. et coll.

Reconstruction of the external ear.
Ann. Surg. 1948, 128. 226. 239.

COX H.

Chirurgie de l'oreille externe, correction et reconstruction du pavillon.
The Laryngoscope août 1940.

CRONIN.

Reconstruction en 1 temps de l'hélix - 2 méthodes ayant fait leur preuve.
P.R.S. juin 52 - 9. n°6

DELAS .

Reconstruction du pavillon de l'oreille.
Thèse Lyon 1943.

DIEFFENBACH.

1829 - 34. Chirurgische Erfahrungen. Berlin.

DIEFFENBACH.

Chirurgische Erfahrungen. In der Wiederanheilung zerstörter Teile...

DUFOURMENTEL L.

Chirurgie réparatrice et correctrice des téguments et des formes.
1939. 341 - 346.

DUFOURMENTEL C., MOULY R.

Chirurgie plastique.
790 - 810.

DUFOURMENTEL C.

Chirurgie plastique de l'oreille externe.
Revue du Praticien, 1958, 8.3097-3107.

DUFOURMENTEL C.

A propos de la reconstruction du pavillon de l'oreille.
Mém. Acad. Chir. 1958. 84 ; 576 - 584.

DUFOURMENTEL C.

La greffe cutanée libre tubulée. Nouvel artifice pour la résection de l'hélix au cours de la reconstruction du pavillon de l'oreille.

Ann. Chir. Plast. 1958 - 3. 311 - 315.

DUPERTUIS et MUSGRAVE.

Expérimentation sur la reconstruction de l'oreille présentant une malformation congénitale.

P.R.S. avril 59, 23, n° 4. 361 - 373.

DUCOMBE F.

Chirurgie plastique du pavillon de l'oreille.

Thèse Paris, 1955.

FARINA de CASTRO et KEPKE.

Amputation traumatique de l'oreille. Oto-néo-plastie avec récupération du cartilage du pavillon amputé.

Ann. Chir. Plast. juillet 61. 6. n° 2 97 - 98.

FARRIOR E.T.

Une méthode d'otoplastie.

Arch. of oto.Laryng. nov. 59. 69 n° 4.

FOMON.

Surgery of injuries and plastic repair.

FORD JF.

Method of plastic reconstruction of the auricle. Preliminary report.

P.R.S. 1; 332 - 337.

FRIEDMANN H.S.

L'otoplastie.

Arch. of Oto.laryng. oct. 59. 70 n° 4.

GALAND A.

Réfection complète du pavillon de l'oreille.

Avenir médical. 1950.

GILLIES H.

Reconstruction of external ear.

Rev. de chir. structive. Bruxelles oct. 37.

GILLIES H.

The principle and art of plastic surgery.
303 - 317. éd. Butterworth Londres.

GINESTET G.

Reconstruction de l'oreille.
Rev. Odont. Stomat. Max. Fac. mai 1950.

GINESTET G.

Chirurgie reconstructive du pavillon de l'oreille.
Encyclop. Méd. Chir. 20083 A 10.

GINESTET G.

Les lambeaux cylindriques dans la chirurgie reconstructive.
Expansion scientifique française. éd. Paris 1948.

GINESTET G. et PAOLI.

Encyclop. Méd. Chir. Stomatologie 2.

GINESTET G. et JOULIN.

Reconstruction de l'oreille.
Rev. Odont. stom. Max. Fac. mai-juin 1950. N° 3
109 - 124.

GREELEY P.W.

Reconstructive otoplasty; further observations, utilization of tantalum wire mesh support.
Arch. surg. 1946. 53. 24 - 31.

HENOCQUE.

Article Otoplastie in dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre. 1882.

HOLMES E.M.

L'oreille microtique.
Rocky Mount med. Journ. Janvier 1954, 51, n° 1, 34-41

JACCOD M.

Autoplastie esthétique du pavillon auditif par lambeau postérieur après résection pour épithélioma.
Ann. ORL. janv. 1933.

JACQUET.

Chirurgie plastique et esthétique et les mutilations de l'oreille externe.

Revue des mutilés de l'oreille. janv. 31.

JOBERT de LAMBALLE

Traité de chirurgie plastique.

JOSEPH J.

Korrektive Ohren - und Nasenplastik. in Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwegen. Leipzig 1921.

JOULIN.

Reconstruction de l'oreille par la méthode de lambeaux cylindriques.

Thèse Paris 1949.

KAZANJIAN et CONVERSE.

The surgical treatment of facial injuries. 1949.

KIRKHAM.

Use of preserved cartilage.

Ann. of Surg. 1940.

LAMONT E.S.

Reconstruction and Plastic Surgery of Absent Ear with nécrocartilage.

Archives of Surgery - 48.1 1944.

LAPSCHINTSKY A.G.

Plastie du pavillon de l'oreille avec 1 tube de peau à la Filato sur une base de cartilage prélevé sur un cadavre. Khirurgia Moscou 53 n° 3 75 - 77.

LELASSEUX.

Reconstruction totale du pavillon de l'oreille.

Thèse Paris, 1951.

LETTERMANN et HARDING.

La ligne des cheveux dans la reconstruction de l'oreille.

P.R.S. sept. 56, 18. n° 3.

LEXER.

Die Gesamte Wiederherstellung Chirurgie. 1931

MAC CASH Ch.

Emploi d'un tube de polythène dans la reconstruction de l'oreille.

Brit. jour. P.S. juillet 57.

MACOMBER D.

Reconstruction of external Ear.

Rocky Mountains Medical Journ. janv. 39.

MACOMBER D.

Un tissu de matière plastique servant de support dans la reconstruction de l'oreille.

P.R.S. mars 60 - n° 3 25.

MALBEC et BAUX

Reconstruccion del pabellon auricular.

Prensa medica Argentina, 52, 39 - 3301 - 3304.

MATTHEW.

The surgery of repair injuries and burns.

Blackwell Scientific Led. publication Oxford.

MAUCLAIRE.

Les greffes p. 252.

MAUCLAIRE.

Greffes auto et homoplastiques du pavillon de l'oreille chez le lapin.

Sté d'Anatomie fév. 22.

MAY HANS.

Reconstructive and Reparative Surgery.

MIR Y MIR.

The role of the meniscus of the knee in plastic surgery.

P.R.S. 52.10.

NUNEZ A.W.B.

Otoplastie, nouveau procédé pour la reconstruction du pavillon auriculaire avec tissus auto-importés de régions éloignées.

Prensa Medica Ang. 4 mai 56 - 43.

NELATON et OMBREDANNE.

Les autoplasties. 1907.

OMBREDANNE M.

Malformations du conduit auditif et de l'oreille moyenne.
Encyclopédie méd. chir. 20060 A 10.

OMBREDANNE M.

33 opérations d'aplasie avec imperforation du conduit auditif. Technique, constatations opératoires et résultats.
Ann. Oto. Laryng. 1951. 68 - 5 - 45.

PEER LYNDON A.

Reconstruction of the auricle with diced cartilage grafts in a vitallium ear mold.
P.R.S. 48. 3. 653 - 666.

PIERCE.

Reconstruction of the external Ear.
S.G.O. 1930

PIERCE.

Reconstruction of external Ear.
Surgery, gynecology, obstetrics. déc. 1944.

ROUVIERE.

Traité d'Anatomie.

RUEDI et SCHUELTHERS.

Traitement opératoire et agénésies de l'oreille.
Acta. ORL. 1952.

RAPIN M.

Reconstruction du pavillon de l'oreille.
Pract. ORL. 1951, 13 n° 5/6.

SANVENERO ROSSELLI.

Chirurgie plastique du pavillon de l'oreille.
Rev. de chir. Plast. n° 1, avril 1932

SCHUCHARDT.

Fortschritte der Kiefer und Gesichts Chirurgie.
Volume II Thieme Stuttgart.

SERAFINI G.

Considerazioni sul metodo di Peer.
Minerva chirurgica 1956.

SPINA.

Simpler method of partial reconstruction of external ear.
P.R.S. 54 - 13, 488 - 499.

STEFFENSEN.

Comments on reconstruction of the external Ear.
P.R.S. 1955 - 16 - 194 - 200.

STEFFENSEN.

Comments on total reconstruction of the external Ear.
P.R.S. 52 - 10 - 186 - 190.

SZYMANOWSKI JULIUS Von.

Handbuch der operativen chirurgie.
Viewieg und Sohn 1870.

TAGLIACOZZI G.

De Curtorum Chirurgia per incisionem.

TANZER RADFORD.

Total reconstruction of the external ear.
P.R.S. 23 - 1.15 1959.

TANZER.

Reconstruction complète du pavillon de l'oreille.
Arch. of Oto.laryng. janvier 61. 73, n° 1 64 - 68.

TESSIER P.

Pathologie de l'oreille externe. Malformations du pavillon.
Encyclopédie méd. Chir. 20055 A 10.

TRÖLTSCH.

Traité d'ORL.

VAN DIJK.

Sur l'application des lambeaux tubulaires à la réfection du pavillon de l'oreille.
Journal de chirurgie sept. 1925.

WAGNER H.

Contribution à l'étude de l'otoplastie.
Thèse Paris 1926.

WEBSTER, JEROME P.

Rapport au 13e Congrès des plasticiens américains.

WELLINGTON C.

Prothèses d'oreille en plastique souple.
Brit. J. P.S. janvier 57, 9 n° 4, 315 - 318.

WHITE, RUBIN et WALDEN.

Total Ear Reconstruction. Atloree stage procedure.
P.R.S. août 56.

WICKSTROM et BROMBERG.

Total Ear Reconstruction.
Plast. and Rec. Surgery 1954, 13.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dantre

PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 38-90